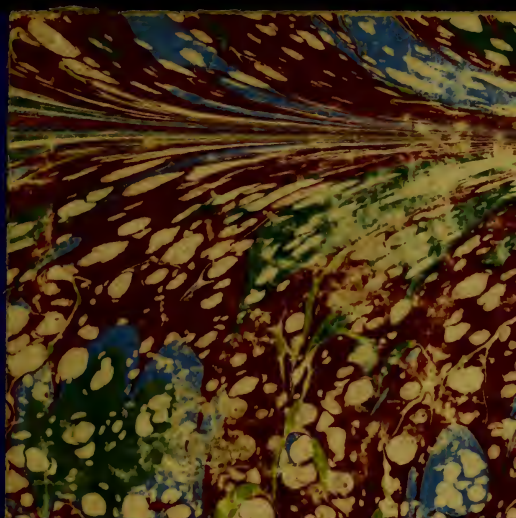


22900254339

Med
K45011

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b28050095

GUIDE PRATIQUE

DE L'ACCOUCHEUR

Clichy. — Imp. Paul Dupont, rue du Bac-d'Asnières, 12

GUIDE PRATIQUE

DE

L'ACCOUCHEUR

ET DE

LA SAGE-FEMME

PAR

Lucien PÉNARD

Chirurgien principal de la marine, en retraite,
Ex-professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Rochefort,
Officier de la Légion d'honneur,
Membre de plusieurs Sociétés savantes,
Lauréat de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

CINQUIÈME ÉDITION

Revue et considérablement augmentée.

AVEC 166 FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

Dont 50 ont été dessinées sur bois par M. Chailly-Honoré,
t extraites de la 6e édition de son Traité pratique de l'Art des accouchements.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain.

Londres | **Madrid**

Baillière, Tindall and Cox | C. Bailly-Baillière

1879

Tous droits réservés

32647760

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY

Coll.	welMOmec
Call No.	WQ

ex libris. 1881.
Spérador

A

M. le Professeur PAJOT,

NOTRE SAVANT MAITRE ET AMI,

Témoignage d'estime et de reconnaissance.

L. P.

N° 3991
D 96

PRÉFACE.

Si les éditions précédentes de notre *Guide de l'accoucheur* ont été bien accueillies du public médical, nous avons lieu d'espérer que celle-ci le sera mieux encore: car les modifications que nous venons de faire subir à notre livre sont réellement importantes. Ainsi, tous les procédés opératoires y sont décrits d'une manière plus complète ; la pratique de la version, l'emploi du forceps, la crâniotomie, la céphalotripsie, l'embryotomie, l'opération césarienne et la provocation de l'accouchement n'y laissent plus rien à désirer. Aucun grand traité d'obstétrique, nous ne craignons pas de le dire, ne donne, sur ces divers sujets, plus de détails réellement pratiques. Aucun, non plus, ne guidera mieux l'accoucheur dans l'application des moyens propres à combattre sûrement les accidents les plus redoutables, tels que l'éclampsie, l'hémorrhagie par décollement prématuré du pla-

centa *prævia*, l'hémorrhagie par inertie utérine consécutive, etc.

Pour en arriver là, nous n'avions que peu de chose à demander à notre savant et excellent maître, le professeur Pajot ; nous lui avions presque tout pris déjà pour la première édition de ce *Guide*. Dès ce temps-là, tout plein des enseignements que nous venions de recueillir sous sa parole si lucide et si éloquente, nous nous étions mis à l'œuvre, et, à son insu, nous faisant comme son interprète, nous décrivions, dans notre manuel, le mécanisme de l'accouchement spontané, à sa façon, la seule bonne, et transcrivions à leur place, en les soulignant, toutes les règles qu'il a su si bien formuler et qui doivent rester gravées dans la mémoire de tout médecin-accoucheur.

Nous avions précédemment mis à contribution le *Traité d'accouchements* de Nægelé et Grenser (1) et les instructives leçons du professeur Depaul (2) ; nous n'avions rien à demander au livre de Barnes (3) sur les opérations obstétricales ; nous avions compulsé tout cela, et avec profit, pour la révision de notre 4e édition.

C'était donc uniquement dans les ouvrages publiés, tant à l'étranger qu'en France, sur l'art des

(1) Nægelé et Grenser, *Traité pratique de l'art des accouchements ;* traduit de l'allemand par G.-A. Aubenas, 2e édition. Paris, 1879.

(2) Depaul, *Leçons de clinique obstétricale*, rédigées par le Dr de Soyre, 1876.

(3) Barnes, *Leçons sur les opérations obstétricales ;* traduites de l'anglais par le Dr Cordes, 1873.

accouchements, depuis 1873, que nous avions à glaner. Nous avons lu successivement : Le *Manuel* de Carl Schröder (1), qui nous a intéressé, mais qui ne nous a servi que par les excellentes notes dont son trop modeste traducteur, le Dr Charpentier, l'a enrichi ; puis, les œuvres choisies de Simpson (2), savamment traduites et annotées par le Dr Chantreuil et où il y a beaucoup à apprendre ; — la collection des mémoires de Matthews Duncan (3), si élégamment traduits par le Dr Budin, mais dans lesquels il n'y a que des théories plus ou moins acceptables ; — un très-bon mémoire du Dr Grynfeltt, de Montpellier (4), sur l'emploi du forceps pour extraire la tête du fœtus après la sortie du tronc ; — la thèse du Dr Chantreuil (5), très-intéressante, sur certaines dispositions du cordon qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement ; — la thèse du Dr A. Pinard (6), *œuvre vraiment magistrale* sur

(1) Carl Schröder, *Manuel d'accouchements ;* traduit de l'allemand par le Dr Charpentier, 1875.

(2) Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique;* leçons traduites de l'anglais et annotées par le Dr Chantreuil, 1874.

(3) Duncan, *Du mécanisme de l'accouchement normal et pathologique ;* traduit de l'anglais par le Dr Budin, 1876.

(4) Grynfeltt, *De l'emploi du forceps pour extraire la tête du fœtus après la sortie du tronc.* (*Annales de Gynécologie*, 1874 et 1875.)

(5) Chantreuil, *Des dispositions du cordon qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement*, 1875.

(6) Pinard, *Des contre-indications de la version dans la*

les contre-indications de la version et les moyens qui peuvent remplacer cette opération ; — les curieuses recherches cliniques et expérimentales du Dr Budin (1), sur la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique ; — l'excellent petit mémoire du Dr Bailly (2), sur quelques difficultés inhérentes à la présentation du siége ; — et la description si savamment faite, par le Dr S. Tarnier, l'habile chirurgien en chef de la Maternité de Paris, de deux nouveaux forceps dont nous sommes heureux de pouvoir donner les principales figures explicatives (3). Outre cela, nous avons consulté deux des plus importantes publications mensuelles, les *Archives de tocologie* et les *Annales de gynécologie ;* et, recueillant dans ces divers traités, mémoires ou journaux ce qui nous a paru avoir quelque utilité pratique, nous avons pu rendre notre livre vraiment digne du titre qu'il porte.

Cette 5e édition renferme la valeur d'une centaine de pages de plus que la précédente, et 166 gravures au lieu de 142. Et cependant, grâce à l'habileté si connue de nos éditeurs, pour lesquels il n'y a rien de difficile, les caractères et le format

présentation de l'épaule, et des moyens qui peuvent remplacer cette opération, 1875.

(1) Budin, *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique*, 1876.

(2) Bailly, *De quelques difficultés de l'accouchement, inhérentes à la présentation du siége*, 1876.

(3) Tarnier, *Description de deux nouveaux forceps*, 1877.

sont restés les mêmes, ce qui était essentiel, puisque notre livre ne doit pas cesser d'être un vrai *vade-mecum* pour les accoucheurs, les sages-femmes et les étudiants.

Aux gravures déjà existantes, empruntées, soit au traité de Chailly-Honoré (1), soit au bel atlas de Lenoir et Tarnier (2), soit au *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (3), soit au traité de Nægelé et Grenser (4), nous avons ajouté une quarantaine de dessins tracés par nous-même ou dus à l'obligeance de M. Tarnier; et, de cette façon, nous avons pu illustrer notre petit manuel aussi luxueusement qu'aucun grand traité d'obstétrique l'a jamais été.

Que M. Paul Richer reçoive ici, du reste, nos sincères félicitations pour le talent avec lequel il a dessiné sur bois nos nouvelles figures.

Dr Lucien Pénard.

Rochefort-sur-Mer, 10 août 1878.

(1) Chailly-Honoré, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 6e édition, Paris, 1878.

(2) Lenoir et Tarnier, *Atlas de l'art des accouchements*, Paris, 1878.

(3) *Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*. Paris, 1864-1879. Articles Accouchement, Couches, Grossesse, etc., par le professeur Stoltz (de Nancy).

(4) Nægelé et Grenser, *loco citato*.

ERRATA.

Pag.	Lignes	au lieu de :	Lisez :
10	1.	compensaient,	compensait.
268		3° L'enfant naît en bonne santé,	3° L'enfant naît seulement faible.
354	30.	*Positions*,	*Position.*
382	fig. 79.	diamètres transversaux obliques,	diamètres transversaux et obliques.
383	fig. 82.	par col difforme,	par cal difforme.
385	fig. 84 A.	musée Dupuytren (n° 498),	musée Dupuytren (n° 496).
	fig. 84 B.	Vu par sa surface,	Vu par sa face antérieure, musée Dupuytren (n° 498).
387	2.	fig. 85,	fig. 86.
389	fig. 88.	*pelvis obtec*,	*pelvis obtecta.*

GUIDE PRATIQUE
DE L'ACCOUCHEUR
ET
DE LA SAGE-FEMME.

PROLÉGOMÈNES.

Du bassin à l'état sec.

Le bassin, qui résulte de la réunion des os iliaques, sacrum et coccyx, assemblés par des sym-

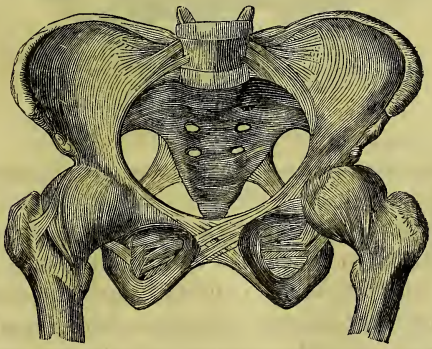


Fig. 1. — Bassin de femme recouvert de ses ligaments.

physes, est un canal ou plutôt une sorte d'enton-

noir courbe, à large ouverture tournée en haut et en avant, tandis que la petite regarde presque directement en bas (*fig.* 1).

En langage obstétrical, le petit bassin est appelé généralement *excavation*.

Cette excavation a pour limites en haut le *détroit supérieur*, en bas le *détroit inférieur*.

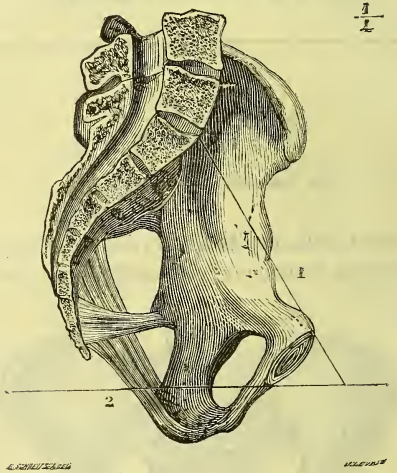


Fig. 2. — Coupe médiane du bassin pour montrer son inclinaison normale.

L'inclinaison du détroit supérieur, par rapport à l'axe du corps, est de 55 à 60° (*fig.* 2).

Sur une pièce sèche, ce détroit supérieur, formé, en arrière, par le promontoire et le bord supérieur interne des ailes du sacrum, latéralement, par la ligne innominée des os iliaques, et, en avant, par la crête des branches horizontales des pubis et par

la symphyse pubienne, mesure : dans son diamètre antéro-postérieur ou sacro-pubien, 11 cent.; dans chacun de ses diamètres obliques, 12 cent., et dans son diamètre transverse, de 13 cent. à 13 cent. et demi (*fig.* 3).

Le détroit inférieur, qui regarde en bas et un

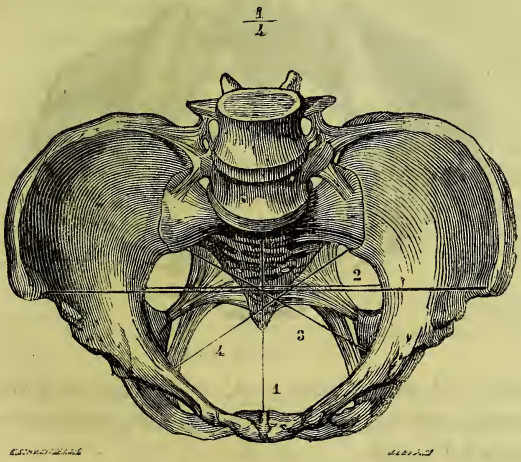


Fig. 3. — Détroit supérieur.

peu en arrière, quand le coccyx n'est pas redressé, regarde en bas directement et même un peu en avant, quand ce petit os est en rétrocession, au moment, par exemple, du dégagement de la tête du fœtus.

Sur une pièce sèche, les diamètres de ce détroit sont tous de 11 cent.; cependant, les diamètres obliques et le diamètre antéro-postérieur ou coccy-pubien peuvent gagner jusqu'à 1 cent. et plus,

au moment du passage de la tête, les premiers par suite de l'extensibilité des ligaments sacro-sciatiques, et le dernier par l'effet de la mobilité du coccyx (*fig.* 4).

Tous les diamètres de l'excavation, vers son mi-

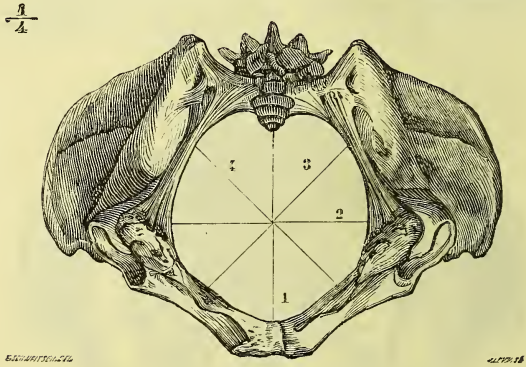


Fig. 4. — Détroit inférieur.

lieu, sont de 12 cent., et, si le sacrum a une grande courbure, le diamètre antéro-postérieur va jusqu'à 13 cent.

L'arcade pubienne, enfin, chez la femme bien conformée, est large de 9 cent. et demi à sa base, de 4 cent. à son sommet, et haute de 5 à 6 cent. On voit qu'elle est parfaitement faite pour recevoir la partie de la tête du fœtus qui vient habituellement se dégager sous elle, l'occiput. Les côtés de cette arcade sont même déjetés en dehors, comme si, les os étant mous, l'occiput d'une tête d'enfant à terme avait été pressé fortement sur eux en les poussant d'arrière en avant.

Changements apportés dans l'excavation par les parties molles.

Les deux muscles psoas semblent, au premier abord, devoir rétrécir de beaucoup les diamètres transverse et oblique du détroit supérieur; mais, si l'on a soin de prescrire à la femme de se tenir, au moment de l'engagement de la tête, les cuisses à demi fléchies et modérément écartées, ces muscles ne sont plus une cause sensible de rétrécissement. L'épaisseur du bas-fond de la vessie, le tissu cellulo-adipeux, le rectum et particulièrement le rebord de l'orifice utérin, voilà ce qui rétrécit le plus et le détroit supérieur et l'excavation.

Pour ce qui est du détroit inférieur, il est fermé par le *périnée* qui constitue le plancher du bassin.

Cette cloison, dans laquelle entrent sept plans de tissus, dont trois aponévroses, est très-solide; néanmoins, elle est extensible et laisse ordinairement passer le fœtus sans se rompre, pourvu toutefois que les contractions utérines ne soient pas excessives.

L'étendue du périnée à l'état de repos est de 8 cent.; de la pointe du coccyx à l'anus, il y a 4 cent. et demi, et de l'anus à la commissure postérieure de la vulve, 3 cent. et demi. Mais, quand il est distendu, comme au moment où la tête va franchir la vulve, le périnée acquiert de 12 à 15 cent. de longueur.

Il a, d'ailleurs, pour usages principaux : d'abord, de ralentir l'expulsion du fœtus et d'empêcher la femme d'accoucher debout par surprise; — puis, comme l'a si bien démontré M. P. Dubois, de forcer la tête à se tourner l'occiput en avant (3e temps du mécanisme de l'accouchement par le vertex). On ne croit plus aujourd'hui à l'influence des *plans inclinés antéro-latéraux* du bassin sur la production du mouvement de rotation *intérieure* de la tête pendant le travail; depuis l'expérience si connue de M. P. Dubois, on attribue généralement ce mouvement à la résistance du périnée (1).

Cependant M. Pajot (2) en donne une autre explication non moins acceptable que voici :

« Pour se faire une idée juste, dit ce savant pro-
« fesseur, des causes de la rotation de l'occiput,

(1) Se servant du cadavre d'une femme venant d'accoucher, *sans déchirure du périnée*, M. P. Dubois ouvrait l'utérus largement par son fond et y engageait, la tête la première, un fœtus à terme de grosseur ordinaire. Alors, il remplaçait les contractions actives de la matrice par les mains de deux ou trois aides qui poussaient le fœtus et le forçaient à descendre dans l'excavation. Eh bien, quelle que fût la direction donnée primitivement à l'occiput, cet occiput arrivait à se loger sous l'arcade pubienne, tant que le périnée résistait; mais dès que la résistance de cette cloison était affaiblie, la tête restait dans la position où on l'avait mise au détroit supérieur, et l'occiput ne venait plus *quand même* se présenter sous l'arcade.

(2) Pajot, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. I, 1864.

« au 3e temps de l'accouchement naturel par le « sommet, il suffit de les rechercher tout bonne- « ment dans l'application de ce principe irrécu- « sable en mécanique : *quand un corps solide est « contenu dans un autre, — si le contenu est le « siége d'alternatives de mouvement et de repos, — « si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, « — le contenu tendra sans cesse à accommoder « sa forme et ses dimensions aux formes et à la « capacité du contenant ;* — loi féconde en résul- « tats dans tout ce qui touche aux phénomènes « purement mécaniques de la vie en général et des « accouchements en particulier.

« Mais, évidemment, pour l'exécution de cette « loi, il faut qu'il y ait proportionnalité entre la « puissance expultrice, le volume du contenu et « la capacité du contenant. C'est ce qui explique « comment un fœtus trop volumineux, d'une façon « absolue ou relative, ne fera pas sa rotation, parce « qu'il rencontrera à cela des obstacles insurmon- « tables ; — un fœtus trop petit, également, parce « qu'il ne sera pas sollicité à tourner par une ré- « sistance suffisante ; — et une tête, quoique déve- « loppée dans de justes proportions, également « encore, parce que la force qui la pousse sera « trop faible, insuffisante. »

La présence des parties molles ne change rien, ni à la forme, ni à la longueur de la paroi antérieure du bassin, qui reste haute de 4 cent. environ au niveau de la symphyse pubienne ; mais elle modifie beaucoup, au contraire, et la longueur et

la courbure de la paroi postérieure, qui, grâce au périnée, sont considérablement augmentées : au moment où la tête va franchir la vulve, la paroi postérieure du bassin, prolongée par le périnée, n'a pas moins de 26 à 28 cent. ; or, la hauteur du sacrum et du coccyx réunis n'entre dans ce chiffre que pour la moitié, 13 cent. Quand la tête opère

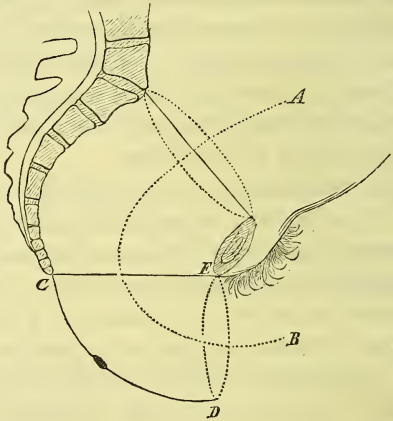


Fig. 5. — Canal vulvo-abdominal au moment du dégagement de la tête du fœtus. — AB, axe général de l'excavation quand la tête va franchir la vulve. — CD, périnée presque doublé par sa distension extrême. — DE, vulve devenue verticale de très-oblique qu'elle était avant l'arrivée de la tête sur le plancher périnéal.

son dégagement, la distension de la cloison périnéale est telle que la commissure postérieure de la vulve arrive presque au niveau de la symphyse pubienne (*fig.* 5).

Pour bien comprendre le mécanisme de la par-

turition, il faut ne pas perdre de vue cette immense courbure du canal vulvo-abdominal. Le fœtus, chez la femme, est obligé, pour naître, de suivre la courbe AB qui part du centre du détroit supérieur, traverse l'excavation parallèlement à la concavité du sacrum, passe par le centre du détroit inférieur et vient aboutir au centre de la vulve, devenue verticale, comme nous venons de le dire, quand la tête pèse sur le périnée.

Ampliation presque nulle du bassin par le jeu des symphyses.

Il est des femelles animales chez lesquelles les os du bassin sont susceptibles d'un écartement notable au moment où elles mettent bas.

Chez la femelle du cochon d'Inde, les os pubis s'écartent alors de 25 millim. et permettent aux os iliaques un mouvement d'abduction très-marqué, qui agrandit transversalement le bassin.

Chez la vache, ce sont les articulations sacro-iliaques qui se lubréfient, se ramollissent et prennent du jeu, en même temps que les grands ligaments sacro-sciatiques deviennent eux-mêmes mous et extensibles, de façon que le sacrum peut glisser sur les os iliaques, être porté en arrière et agrandir le bassin dans le sens antéro-postérieur (Zaglas).

Mais il est loin d'en être ainsi chez la femme. On a bien dit que, chez elle, les symphyses, gonflées et ramollies au moment de l'accouchement, permettaient un certain écartement des os qui

compensaient le rétrécissement par les parties molles ; mais c'est une erreur, ou tout au moins une grande exagération. Boyer dit, il est vrai, avoir vu un écartement des surfaces sacro-iliaques de 12 millim. ; madame Boivin, un écartement des surfaces de la symphyse pubienne de près de 25 millim. ; Smellie, Chaussier, Diemerbrock et Denman, aussi. Mais, que prouvent de si rares exceptions? Il reste avéré que les symphyses sacro-iliaques, si elles sont saines, ne permettent jamais un écartement sensible de leurs surfaces articulaires, — tout au plus, comme l'admet Mathews Duncan, un petit mouvement de bascule du sacrum sur un axe fictif qui passerait transversalement par la 2e vertèbre sacrée ; et que la symphyse pubienne, lorsqu'elle est le plus lâche possible, ne donne au bassin qu'une ampliation de 4 millim. au plus, pour le détroit supérieur. Quant au détroit inférieur, ce n'est pas par le jeu des articulations sacro-iliaques, ni même de la symphyse pubienne, qu'il peut être agrandi, mais bien par le jeu de l'arthrodie sacro-coccygienne, articulation qui permet, en effet, au sommet du coccyx de se porter assez en arrière pour faire gagner 1 cent., et plus, au diamètre antéro-postérieur de ce détroit inférieur.

Les petites femmes ont-elles le bassin proportionnellement plus large que les grandes?

De ce que les petites femmes, régulièrement conformées du reste, accouchent, en général, plus

facilement que les grandes, on a conclu que la largeur du bassin devait être en raison inverse de la hauteur totale du corps. Mais c'était là une mauvaise interprétation du fait. Suivant nous, la largeur du bassin n'est pas plus grande chez les petites femmes que chez les grandes. C'est la hauteur du sacrum et des os iliaques surtout qui est plus petite chez les premières que chez les secondes; de là une différence de longueur dans le canal. Or, de deux canaux courbes d'égale largeur, n'est-ce pas le plus court qui sera traversé le plus rapidement? Et puis, n'y a-t-il pas encore une raison à faire valoir pour expliquer l'accouchement généralement plus facile chez les petites femmes? Est-ce que leurs fœtus ne sont pas en réalité un peu moins gros que ceux des femmes de haute taille ?

Usage du grand bassin.

Le grand bassin ne joue, lui, aucun rôle dans la parturition; il ne sert qu'à soutenir la masse intestinale, et l'utérus en particulier, dans les derniers mois de la gestation. Il est certain que, par son évasement, il est évidemment approprié à la station bipède de la femme et que, chez aucune autre femelle de mammifère, pas même le chimpanzé, qui se tient debout sur ses membres postérieurs presque aussi bien que nous, les crêtes iliaques ne sont aussi dejetées en dehors que chez la femme.

Sous ce rapport, dit le professeur Pajot, la femme Boschimane a un bassin qui s'éloignerait beaucoup du bassin de la femme de race caucasique et irait jusqu'à se rapprocher de celui des singes. La hauteur des os des îles, en effet, déjà remarquable chez la négresse australienne, sinon chez la négresse africaine mieux partagée au point de vue des formes, l'est plus encore chez la Boschimane. Chez celle-ci, la partie la plus élevée de la crête iliaque atteint le milieu au moins du corps de la 4e vertèbre lombaire, au lieu de s'arrêter, comme dans la race blanche, au niveau de l'articulation de la 4e avec la 5e. Et le peu de largeur de ces os dans le sens antéro-postérieur, contraste avec son étendue verticale. Les épines iliaques antéro-supérieures sont dès lors plus rapprochées l'une de l'autre, et en même temps presque directement au-dessus des épines iliaques antéro-inférieures; différence marquée d'avec ce qu'on observe chez la femme de notre race, qui a ses fosses iliaques bien plus déjetées en dehors, et chez laquelle les épines iliaques en question ne sont plus que très-obliquement superposées. De ces particularités de conformation résulte, chez la Boschimane (et la négresse, la négresse australienne surtout, s'en rapproche), une forme allongée, et comme cylindrique, du canal pelvien entier (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Bassin).

De l'utérus : sa texture et ses propriétés vitales.

L'utérus est tout à la fois le siége de l'hémorrhagie menstruelle, l'organe de la gestation, et l'agent principal de la parturition.

Vide, il paraît de nature purement fibreuse; mais gravide et quand la grossesse est assez avancée, il est évidemment musculaire.

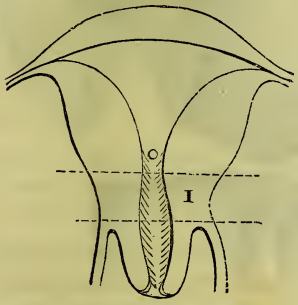


Fig. 6. — Utérus coupé transversalement pour montrer sa forme et les dimensions relatives de ses deux cavités (corps et col).

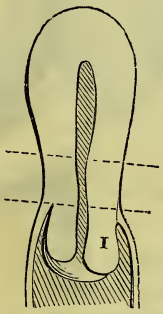


Fig. 7. — Utérus coupé d'avant en arrière, et vu par son côté droit avec son inclinaison naturelle.

Il change beaucoup de forme en se dilatant : de la forme d'une petite poire aplatie (*fig.* 6 et 7), il passe à celle d'une petite dame-Jeanne, et enfin à celle d'un ovoïde parfait (*fig.* 8). Mais, chose remarquable, il ne perd rien de l'épaisseur de ses parois, malgré son excessive ampliation, et, ce qui n'est pas moins étonnant, il reste absolument dans les mêmes rapports avec le péritoine.

A mesure qu'il grossit, du reste, et remonte dans la cavité abdominale, il s'incline par son fond tout à la fois en avant et à droite (*fig.* 8).

Trois plans de fibres musculaires entrent dans

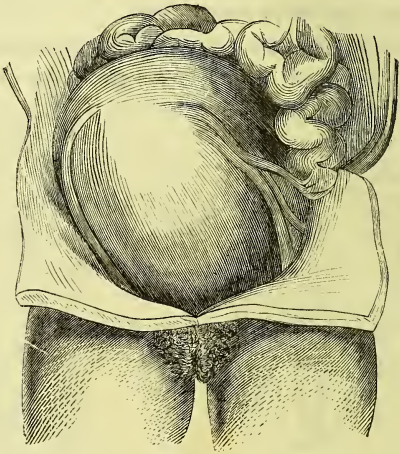


Fig. 8. — Utérus à terme avec sa double obliquité et son dévirement à droite.

sa texture : les deux plans décrits par madame Boivin, l'un superficiel dit *en nattes*, l'autre profond, très-épais et tout formé de fibres *circulaires*, — et le plan décrit par Desormeaux d'abord, puis par M. Jacquemier, et qui consiste en fibres *longitudinales,* intermédiaires aux deux autres couches, fibres *longitudinales,* semées sur toute la périphérie de l'organe, et qui, suivant M. Jacquemier, se recourberaient en *anses* sur les fibres circulaires

du col (*fig.* 9). Mais, il y a là une subtilité anatomique sans importance. Nous trouverions bien plus raisonnable de considérer la matrice comme formée, à l'instar de tous les organes musculaires creux, de fibres entre-croisées en tous sens, d'une

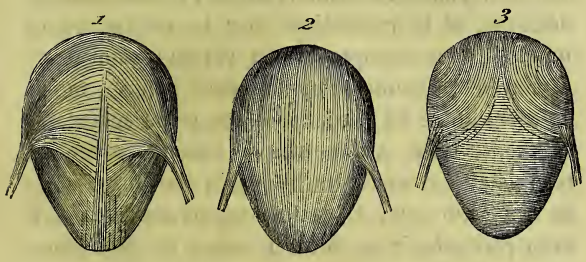


Fig. 9. — Utérus à terme avec ses trois ordres de fibres musculaires. — 1, fibres en nattes. — 2, fibres longitudinales. — 3, fibres transversales.

façon inextricable, et disposées seulement en plus grand nombre vers le fond, qui a, d'ailleurs, plus besoin de force que le reste pour l'expulsion facile du fœtus.

Quoi qu'il en soit, l'utérus est doué à un haut degré de sensibilité et de contractilité *organiques*. Toutefois, ces deux propriétés ne se développent franchement qu'à la fin de la grossesse, quand le travail de l'accouchement est près de commencer.

La contractilité, une fois bien établie, a pour caractères : 1° d'être indépendante de la volonté; 2° de s'accompagner de douleurs très-vives et d'une nature toute spéciale ; 3° d'être intermit-

tente, par crises, avec des repos plus ou moins complets.

Il y a encore une troisième propriété qui est très-développée dans la matrice, c'est l'*élasticité*. La *dilatabilité* est suffisamment démontrée par l'énorme expansion à laquelle arrive l'organe sans se déchirer, et la *rétractilité*, par le retour de ce même organe presque à son volume primitif en moins de 6 semaines. Sur une jeune femme, morte de pneumonie 52 jours après son premier accouchement, nous avons trouvé l'utérus revenu si complétement sur lui-même, qu'il était impossible de se figurer que, si peu de temps auparavant, il avait pu contenir un fœtus à terme et de dimensions ordinaires.

C'est principalement par les contractions propres de la matrice que le fœtus est chassé au moment de l'accouchement. Les grands muscles de l'abdomen aident bien à cette expulsion; mais ils n'en sont point l'agent principal, et la preuve, c'est que l'accouchement spontané s'observe chez des femmes o muscles du ventre paralysés, et, ce qui est mieux encore, chez des femmes venant de rendre le dernier soupir.

Du vagin.

Le vagin, jouissant dans ses parois d'une grande *extensibilité*, livre facilement passage au fœtus. S'il offre parfois de la résistance, ce n'est jamais qu'au niveau de son orifice, où la présence du

bulbe et du petit muscle constricteur fait prédominer l'élément fibreux. Nous verrons qu'en commençant la version, la main de l'opérateur est souvent arrêtée quelques instants par cet orifice.

D'un autre côté, le vagin est *très-rétractile*, et, après l'accouchement, il revient promptement à son calibre normal, ou peu s'en faut.

Le vagin va ordinairement s'insérer sur le col de l'utérus, à la réunion du tiers supérieur de ce col avec ses deux tiers inférieurs (*fig.* 6 et 7). Mais, quand l'utérus, vers la fin de la grossesse, est allé chercher domicile dans le ventre, il n'en est plus ainsi. Sans doute, la tunique dartoïde du vagin reste adhérente au col, à la même place qu'auparavant; mais la muqueuse, dont les adhérences sont lâches partout, excepté sur le museau de tanche, s'est décollée peu à peu de la face externe du col, à mesure que celui-ci s'est élevé; si bien que les culs-de-sac vaginaux ont fini par disparaître et la portion sous-vaginale du col par s'effacer complétement.

Il ne faut point oublier que le péritoine se replie sur le cinquième supérieur de la paroi postérieure du vagin, que cette paroi est là très-mince, très-facile à déchirer, et que cette déchirure, si elle avait lieu, entraînerait nécessairement le développement d'une péritonite mortelle. On a vu des opérateurs maladroits pousser par là leurs branches de forceps jusque dans la cavité péritonéale et déterminer ainsi la mort de la femme qu'ils avaient mission d'assister (*fig.* 10).

De la vulve.

La vulve, orifice externe des parties génitales, est encore un peu moins extensible que l'orifice vaginal ; aussi résiste-t-elle davantage au passage de la tête du fœtus et se déchire-t-elle souvent au

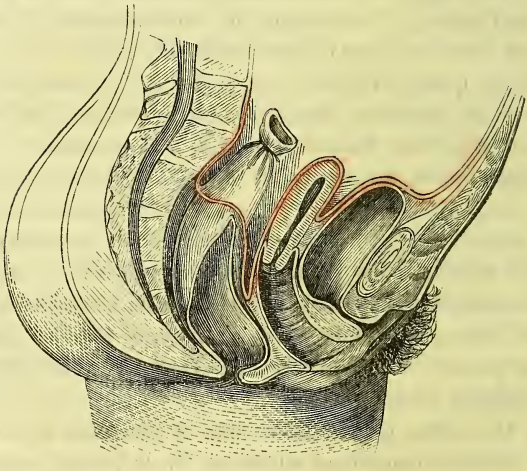


Fig. 10. — Organes génito-urinaires de la femme (coupe antéro-postérieure) ; rapports du péritoine avec l'utérus et le vagin.

niveau de la commissure postérieure, lors du premier accouchement. Puis, elle revient plus difficilement que le vagin à son premier état. Nous savons très-bien que la vulve reste lâche et flétrie chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants coup sur coup.

Du reste, le vagin et la vulve sont pourvus d'un grand nombre de follicules mucipares, isolés ou conglomérés, qui versent sur leur face interne, dès le début du travail, une quantité considérable d'un liquide amollissant et lubréfiant. Lorsque par hasard ce liquide manque, le passage du fœtus est bien moins facile.

De l'œuf humain : ses principales transformations s'il est fécondé.

L'œuf ou ovule, élément fourni par la femme dans la génération, est le produit d'une sorte de sécrétion des ovaires (*fig.* 12, *f*, *f'*). Il y a toujours

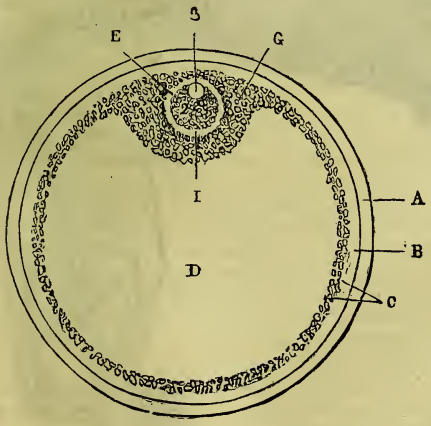


Fig. 11. — Follicule de de Graaf. — A, membrane externe du follicule. — , sa couche interne. — C, membrane granuleuse. — D. cavité du follicule. — E, ovule. — G, cumulus proligère : 1) membrane vitelline. — 2) vitellus. — 3) vésicule germinative.

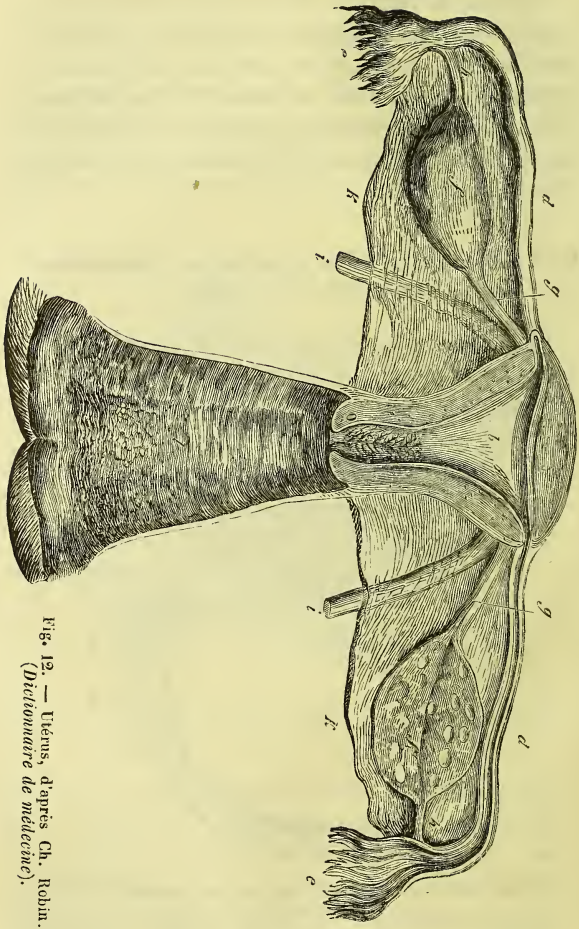


Fig. 12. — Utérus, d'après Ch. Robin. (*Dictionnaire de médecine*).

EXPLICATION DE LA FIGURE 12.

La figure 12 représente la matrice ouverte en avant; la trompe gauche est ouverte. L'ovaire du même côté est divisé pour montrer les ovules. On a laissé le vagin, qui est aussi divisé en avant.

La matrice présente extérieurement une face antérieure ou pubienne, une postérieure ou sacrée, un bord supérieur qui en forme le fond (*fig.* 12, *a*), et deux latéraux. On y distingue aussi trois angles : deux supérieurs ou latéraux, appelés *angles tubaires*, parce qu'ils sont situés près de l'insertion des trompes utérines (*dd*), et un inférieur qui forme ce qu'on nomme le col (*o*). Celui-ci, long de 23 à 27 millimètres, est embrassé par le vagin (*l*), dans lequel il fait une saillie de 9 à 11 millimètres en avant, et de 14 à 16 millimètres en arrière. La portion proéminente dans ce conduit présente à son extrémité une fente transversale à bords arrondis, qui est l'orifice de la matrice, et que l'on a appelée *museau de tanche*.

Toute la capacité intérieure de l'*utérus* est divisée en *cavité du corps* (*b*) et *cavité du col* (*c*). La matrice est maintenue dans sa position : 1° par les *ligaments larges* (*kk*), expansions membraneuses résultant de l'adossement de deux feuillets du péritoine, et s'étendant des bords de cet organe aux côtés du petit bassin; dans la division du ligament large, dite *aileron moyen*, se trouvent comprises les trompes (*dd*), ayant une extrémité libre et frangée qui est le pavillon (*ee*), et creusée d'un conduit qui arrive à l'angle de la cavité utérine. Un petit filament (*hh*) s'étend du pavillon à l'extrémité externe de l'ovaire. Celui-ci est embrassé dans le repli du ligament large appelé *aileron postérieur* (*f* le représente avec sa forme, et *f'* le montre fendu pour faire voir les vésicules de de Graaf). De son extrémité interne part le *ligament de l'ovaire* (*gg*), fibreux et musculaire, qui s'attache à l'angle correspondant de l'utérus, au-dessous et un peu en arrière de la trompe. Dans l'*aileron antérieur* du ligament large se voient les *cordons suspubiens* ou *ligaments ronds* (*ii*); 2° par les ligaments antérieurs; 3° par les ligaments postérieurs.

dans chaque ovaire, depuis la puberté jusqu'à la ménopause, une quinzaine de vésicules de de Graaf (*fig.* 12) visibles à l'œil nu (*f'*), sans compter celles qu'on ne peut voir ainsi, et, dans chacune de ces vésicules, il y a un œuf.

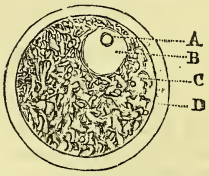


Fig. 13. — Œuf humain non fécondé et parvenu à maturité. — A, tache germinative. — B, vésicule germinative. — C, vitellus. — D, vitelline.

Cet œuf, s'il est mûr, se compose : d'une membrane, la *vitelline;*—d'un liquide granuleux, le *vitellus;* — d'une vésicule dite *germinative ;* — et d'une tache dite également *germinative* (*fig.* 13).

Bien que la théorie, qui établit une relation physiologique absolue entre la menstruation et l'ovulation, soit fortement battue en brèche, depuis 1875, par un assez grand nombre de gynécologistes étrangers surtout, qui se fondent : 1° sur ce qu'on ne trouve pas toujours des traces de la rupture d'une vésicule de de Graaf sur les femmes succombant pendant ou à la fin de la période menstruelle; 2° sur ce que les cas bien avérés où la conception a eu lieu, quoique la femme n'eût jamais encore été réglée, ne sont pas rares; 3° sur ce que l'on a vu plusieurs fois déjà la menstruation continuer d'être régulière après une ovariotomie *double*, — nous continuerons d'admettre avec Pouchet, Coste, Bischoff, Meckel, Brierre de Boismont, Raciborski, et autres savants dont les travaux remontent à 1840, que l'hémorrhagie uté-

rine mensuelle n'est que le résultat de l'évolution successive et de la déhiscence périodique de l'œuf, sans lesquelles elle ne saurait se produire. Nous dirons donc, parce que c'est de beaucoup la règle, qu'à chaque période menstruelle une des vésicules de de Graaf se gonfle, pour crever bientôt et laisser échapper son œuf, que saisit intelligemment le pavillon de la trompe. Et c'est là le phénomène de la *ponte*, dite *spontanée*.

Si l'œuf n'a pas été fécondé, il disparaît par fonte ou absorption. Mais, s'il a été impressionné par le fluide prolifiant du mâle (et c'est généralement à sa sortie même de l'ovaire qu'il l'est, d'après les dernières recherches de M. Coste), il subit, depuis ce moment-là jusqu'à sa fixation dans la matrice d'abord, — puis, du moment de cette fixation jusqu'au terme de la grossesse, — une série de transformations des plus curieuses, mais dont le secret nous échappe.

Tout ce que nous ont appris de positif à ce sujet, les beaux travaux de MM. Pouchet (1) et Coste, travaux que nous trouvons si savamment et si clairement exposés au chapitre II du livre nouveau de MM. S. Tarnier et G. Chautreuil (2), c'est que l'œuf *fécondé*, à peine dans la trompe, perd sa vésicule et sa tache germinatives ; — puis, qu'un peu plus loin dans le tuber, il commence à

(1) Pouchet, *Théorie positive de l'ovulation spontanée*. Paris, 1847.

(2) S. Tarnier et G. Chantreuil, *Traité de l'art des accouchements*, 1er fascicule. Paris, 1878.

présenter la *segmentation* de son jaune ; — puis, qu'à son arrivée dans l'utérus, il offre, en dedans de la vitelline, une nouvelle membrane dite *blastodermique*, qui résulte du retrait excentrique des particules du jaune segmenté ; — et qu'enfin, un peu plus tard, quand il a déjà pris racine par ses villosités choriales dans une anfractuosité de la

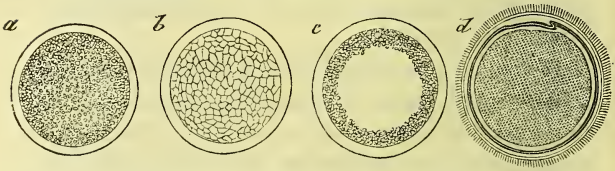


Fig. 14. — Transformation de l'œuf humain fécondé, depuis son entrée dans la trompe jusqu'à son implantation dans l'utérus. — *a*, première transformation : disparition de la vésicule et de la tache germinatives. — *b*, deuxième transformation : segmentation du jaune. — *c*, troisième transformation : dépôt excentrique du jaune pour former la membrane blastodermique. — *d*, quatrième transformation : apparition de la tache embryonnaire et des villosités choriales.

muqueuse utérine hypertrophiée (caduque), il laisse voir, sur un point de la membrane blastodermique, une tache dite *embryonnaire*, rudiment du nouvel être ou fœtus (*fig.* 14). Pour en arriver là, l'œuf ne demande que 15 à 20 jours ; mais, pour être complet, le nouvel être ne demandera pas moins encore de 250 à 255 jours (*fig.* 15).

Membranes de l'œuf, placenta et cordon ombilical.

Il ne faut pas croire que le fœtus, pendant tout le temps de son développement, soit en rapport immédiat avec la paroi interne de la matrice. Trois membranes l'en séparent, la *caduque*, le *chorion*

et l'*amnios ;* et ces deux dernières lui constituent un sac sans ouverture dans lequel il baigne complétement, au milieu d'un liquide séro-albumineux, l'*eau de l'amnios.* Cette eau a pour usages principaux, évidemment, de protéger le nouvel

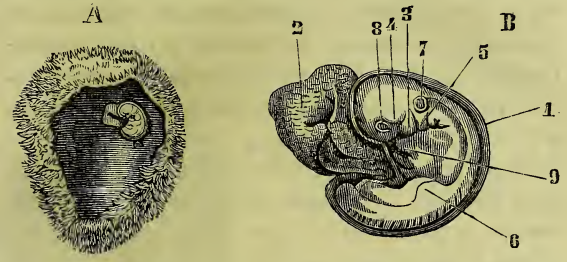


Fig. 15. — A, embryon d'à peu près trois semaines dans son œuf (grandeur naturelle). C'est ce qu'on a pu observer de plus petit. B, le même embryon grossi. — 1, amnios. — 2, vésicule ombilicale. — 3, premier arc pharyngien. — 4, bourgeon maxiliaire supérieur de cet arc. — 5, deuxième arc pharyngien, derrière lequel deux autres plus petits sont encore visibles. — 6, ébauches des extrémités antérieures. — 7, vésicule auditive. — 8, œil. — 9, cœur. (Thompson.)

être contre les chocs imprimés à la mère, — de le soustraire à toute compression de la part de l'utérus et des muscles abdominaux, durant le temps de la gestation, — et, au moment du travail, de faciliter d'abord la dilatation du col, tant que les membranes résistent, et ensuite de lubréfier le conduit vaginal.

La *caduque* n'est pas une membrane de nouvelle formation, distincte de la muqueuse utérine. M. Coste a démontré qu'elle n'est autre chose que cette muqueuse utérine elle-même, hypertrophiée

par suite du travail ovulaire, et dans un pli de laquelle l'œuf, d'abord libre à son arrivée dans l'utérus, se niche complétement, à la façon d'un pois dans un cautère bourgeonnant. La portion de muqueuse qui passe par-dessus l'œuf pour l'emprisonner, est ce que Hunter a appelé *caduque réfléchie*, et Chaussier *épichorion*. La portion qui reste entre l'utérus et l'œuf, à l'endroit où celui-ci prend racine par ses villosités choriales hyperthrophiées, est ce qu'on appelle *caduque inter-utéro-placentaire* ou *sérotine*. A part cette dernière portion, qui reste épaisse, la caduque va toujours en s'amincissant, à partir du 4e mois de la grossesse, et, quand l'enfant naît, on n'en trouve plus que quelques traces à la surface externe du chorion, sous la forme d'un tissu aréolaire, mou et d'un gris rosé. Qu'on ne croie pas, pourtant, que la chute de la caduque laisse la matrice sans muqueuse ; il n'en est rien. A mesure que la caduque s'amincit et se décolle, il se forme une nouvelle muqueuse utérine, ainsi que l'a démontré M. Ch. Robin (1).

Le *chorion*, de nature fibreuse, est la membrane vitelline renforcée, en dedans, de la couche *externe* du feuillet externe de la membrane blastodermique. Dans les premiers jours, il est lisse; mais dès la 3e semaine, il est manifestement recouvert en dehors de villosités. La plupart de ces villosités s'atrophient avec la caduque *réfléchie ;* mais un assez grand nombre se développent, pour former le

(1) *Mémoires de l'Acad. de médecine,* t. XXV.

placenta, qui est déjà apparent vers la 6e semaine.

Enfin, l'*amnios*, de nature séreuse, n'est que la couche *interne* du feuillet externe de la membrane blastodermique. Dans les premières semaines de la grossesse, elle est séparée de la face interne du chorion par une certaine quantité de liquide albumineux; mais, plus tard, ce liquide disparaît, et alors l'amnios adhère au chorion par un tissu *réticulé* très-fin (*fig.* 16).

Fig. 16. — Œuf complet, vers le quatrième mois, réduit au tiers du volume normal, et ouvert pour montrer les trois membranes et leurs rapports.

1, caduque maternelle. — 2, caduque réfléchie ou épichorion de Chaussier. — 3, cavité utérine remplie d'un liquide albumineux filant. — 4, chorion en rapport avec la caduque réfléchie, et dont les villosités vasculaires sont atrophiées. — 5, face interne du chorion, lisse, séparée de l'amnios par un espace rempli du liquide interblastodermique (fausses-eaux). — 6, sac amniotique contenant les vraies eaux et l'embryon. — 7, placenta fœtal formé par les villosités du chorion allantoïdien hypertrophiées.

Le fœtus ne tient donc à l'utérus que *médiatement*, par le moyen du *cordon ombilical* et du *placenta* (*fig.* 17).

Le *placenta* (*fig.* 17 et 17 *bis*) est un gâteau cellulo-vasculaire dans lequel s'opère la révivification du sang du fœtus : c'est, en un mot, pour celui-ci un organe d'hématose et de nutrition. Dans le tissu lamelleux (caduque inter-utéro-placentaire) qui

fait adhérer le placenta à la matrice, il n'y a pas abouchement direct des vaisseaux du fœtus avec ceux de la mère, ainsi qu'on l'a cru longtemps.

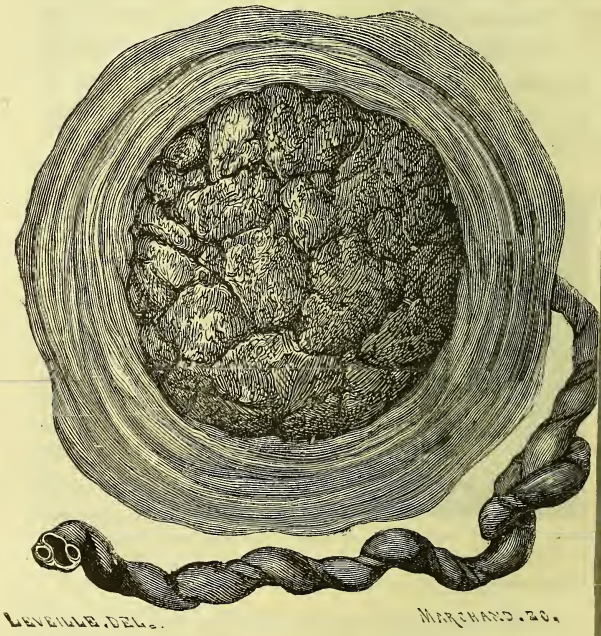


Fig. 17. — Placenta, face externe. Le cordon porte un nœud.

Les réseaux vasculaires appartenant à l'un et à l'autre ne sont qu'accolés, sans qu'il existe entre eux la moindre anastomose. Aussi, n'y a-t-il jamais mélange du sang de la mère avec celui de son enfant, et le premier n'agit-il sur la recompo-

sition du second que par endosmose, ou peut-être même seulement par un simple échange de gaz au travers des parois des vaisseaux accolés.

Le placenta n'est pas toujours inséré sur un

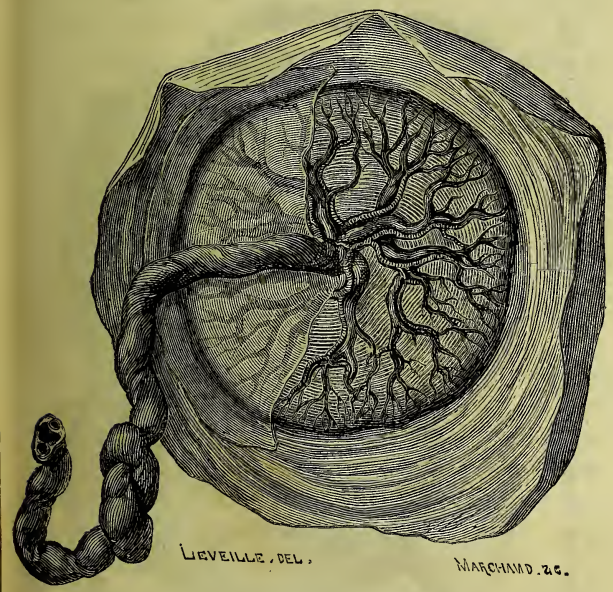


Fig. 17 *bis*. — Placenta, face interne.

même point de la face interne de l'utérus. Le plus souvent, néanmoins, cette insertion a lieu vers le fond de l'organe, près de l'orifice de la trompe par laquelle l'œuf est arrivé.

Au moment de la délivrance, le placenta fœtal entraînant avec lui le tissu utéro-placentaire ou

placenta maternel, qui est, du reste, facile à déchirer, les sinus utérins correspondants sont rompus, et de là l'écoulement sanguin qui accompagne

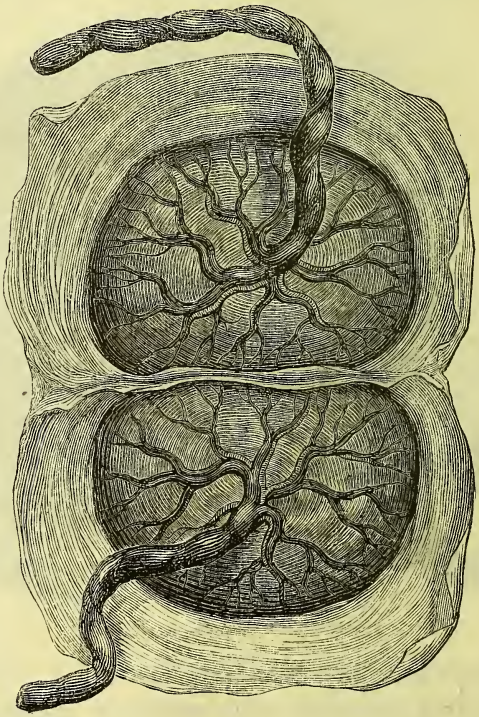


Fig. 18. — Disposition habituelle des annexes fœtales dans la grossesse gémellaire.

l'expulsion du délivre. Ce sang provient très-rarement du placenta fœtal ; c'est presque toujours la mère seule qui le fournit.

Dans les grossesses multiples, il existe habituellement autant de poches distinctes et de placentas qu'il y a de fœtus. Les placentas empiètent quelquefois l'un dans l'autre, de manière à paraître réunis intimement ; mais les circulations n'en restent pas moins parfaitement distinctes (P. Dubois, *fig.* 18).

Dans le cas de jumeaux, il y a une seule caduque vraie, mais deux caduques *réfléchies ;* un seul et même chorion, si les jumeaux proviennent d'un même œuf, qui était à deux germes ; deux chorions distincts, si les jumeaux proviennent de deux œufs différents ; — et toujours deux amnios, puisque cette membrane naît de l'embryon même, qu'elle est tout bonnement un prolongement de la peau de son abdomen, et qu'il y a deux embryons : chaque jumeau aura donc son amnios.

Le placenta naissant de l'allantoïde, et chaque embryon ayant son allantoïde propre, il y aura aussi un placenta distinct pour chaque jumeau.

En général, les trijumeaux ne proviennent que de deux œufs, dont un avait deux germes ; par conséquent, pour deux, il n'y aura que deux chorions, mais trois amnios et trois placentas.

Il est très-rare qu'il y ait fusion des chorions, des amnios et des placentas, dans le cas de fœtus multiples, mais cela s'est vu cependant (Schröder, *Manuel d'accouchements,* traduit A. par Charpentier.)

Quant au *cordon,* qui relie le placenta au fœtus, il est formé d'une gaîne extérieure, diverticule de l'amnios, et de trois vaisseaux sanguins, la

veine et les deux artères ombilicales, disposés au centre d'une substance gélatineuse épaisse, nommée *gélatine de Wharton*. Un fil un peu serré étrangle facilement ces vaisseaux, sans que la gélatine y mette obstacle.

Faisons remarquer que le cordon est tordu sur lui-même, et que cette torsion, à partir du fœtus, est presque toujours de gauche à droite. Or, d'après Schröder, il faudrait chercher la cause de cette particularité dans la structure inégale des deux artères ombilicales.

Fœtus à terme; dimensions; attitude.

Le fœtus, quand il est à terme, a, en moyenne, 52 cent. de longueur, des talons au sommet du crâne; et il pèse, de 3,400 à 3,600 grammes.

C'est la tête qui domine pour la grosseur et non pas, comme on l'a dit dans quelques traités d'accouchements, l'extrémité pelvienne : celle-ci paraît, il est vrai, plus grosse au premier abord; mais elle est réductible de plusieurs centimètres par la pression, tandis que le crâne ne l'est que d'un centimètre au plus.

Les diamètres de la tête du fœtus à terme mesurent (*fig.* 19):

1° Le sus-occipito-mentonnier (SoM) ou diamètre maximum de Budin.	13 cent. 1/2.
2° L'occipito-frontal (OF).....	12 cent.
3° Le sous-occipito-bregmatique (SoB)	9 cent. 1/2.
4° Le trachélo-bregmatique (TB)....	—

5° Le bi-pariétal (BP)..... —
6° Le mento-frontal (MF)..... 8 —

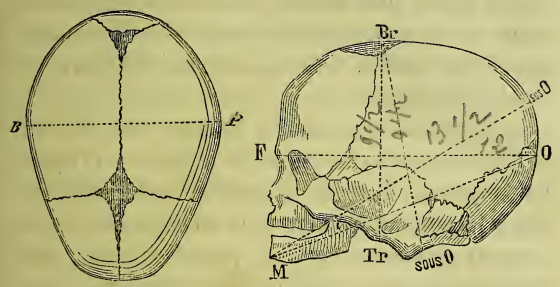


Fig. 19. — Tête de fœtus vue par son sommet et de côté.

C'est dans la direction de la grande suture du crâne et dans la position des deux fontanelles, par rapport à la circonférence du détroit supérieur, que sont les éléments du diagnostic des *positions* dans la présentation du sommet. Il faut donc savoir bien reconnaître au toucher et cette suture et ces fontanelles.

La suture, sitôt que la tête est tant soit peu engagée au détroit supérieur, revêt la forme d'une saillie osseuse, au lieu de rester une fente membraneuse, parce que l'un des pariétaux tend alors à chevaucher sur l'autre. Quant aux fontanelles, si l'*antérieure*, qui est *losangique* et grande, ne change pas de forme et diminue à peine de largeur par la compression du crâne, la *postérieure*, qui est *triangulaire* et petite, s'efface, au contraire, complétement pour être remplacée par une simple dépression osseuse, l'angle supérieur de l'occipital

est pas rendu plus obscur, puisque la disparition même de cette fontanelle sincipitale est un signe négatif qui suffit à la faire distinguer de l'autre qui ne s'efface jamais.

Si l'occipital était divisé, comme cela s'est vu, en deux moitiés symétriques, à la façon du frontal, il s'ensuivrait, pour la fontanelle postérieure, une forme losangique et non plus triangulaire, et on pourrait peut-être alors la prendre pour l'antérieure. Cependant, avec un peu d'attention, on la distinguerait encore facilement, rien qu'en portant le doigt sur les sutures latérales qui viennent tomber sur elle ; car on reconnaîtrait que ces sutures sont obliques et non perpendiculaires à l'axe de la fontanelle, comme cela se voit pour la fontanelle antérieure.

S'il se présentait sous le doigt des fontanelles accidentelles (intervalles non ossifiés) sur un point quelconque de la voûte crânienne, on les distinguerait des vraies fontanelles à leur forme, et, plus particulièrement encore, à l'absence de sutures latérales venant y aboutir.

Enfin, si l'on avait sous le doigt, comme nous en avons observé un cas à la clinique de Paul Dubois, en juillet 1858, puis un deuxième à Rochefort, en 1862, un crâne sans ossification à sa voûte, on le reconnaîtrait à une crépitation parcheminée, bien différente de la crépitation fine que donne le placenta inséré sur le col.

Les fontanelles et sutures membraneuses du crâne permettent évidemment un certain degré de réduction de cette partie sous une pression violente ; mais il ne faudrait pas non plus se l'exagérer, car les membranes qui relient les os sont trop peu extensibles pour laisser ceux-ci chevaucher de plus de 3 à 4 millimètres dans tous les sens.

La plus grande réduction du crâne se fait par le redressement des os de la voûte et, par conséquent, par l'allongement *en pain de sucre* de la région sus-occipitale. Le diamètre occipito-frontal peut perdre ainsi un demi-centimètre, et le diamètre bi-pariétal un centimètre, tandis que le diamètre SusOM peut s'accroître de 1 cent. et demi à 2 centimètres passés (Dr P. Budin).

Il y a certains faits d'observation clinique qui prouvent que la réductibilité du diamètre bi-pariétal peut même aller jusqu'à 2 cent. et plus ; mais, alors, elle était favorisée sans aucun doute par l'état peu avancé de l'ossification.

D'une étude faite avec soin (1) sur un grand nombre d'enfants naissants et *à terme*, M. P. Budin est arrivé à prétendre qu'au moment de la naissance, en présentation du sommet, les diamètres occipito-mentonnier et occipito-frontal sont diminués et non augmentés, comme on l'a dit jusqu'ici. Il n'y aurait, pour lui, d'augmenté que le

(1) P. Budin, *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique*. Thèse de doctorat. Paris, 1876.

diamètre maximum (v. fig. 19).

Selon M. Budin toujours, le diamètre qui diminuerait le plus serait le sous-occipito-bregmatique, puis le bi-temporal, et, en troisième lieu, viendrait le bi-pariétal. Et, dès lors, tandis qu'on croit généralement que la réduction la plus considérable de la tête se fait suivant le diamètre bi-pariétal, ce serait, au contraire, ce diamètre qui, dans le cas de présentation normale du sommet, se réduirait le moins.

Voici, du reste, par quel mécanisme exclusivement passif s'opéreraient ces modifications du crâne fœtal au moment de l'accouchement :

Les fontanelles et bien plus encore les sutures membraneuses, permettant aux os de la voûte de chevaucher, l'angle supérieur de l'occipital s'engagerait sous les pariétaux, le frontal également, et les bords supérieurs des pariétaux se rapprocheraient comme pour chevaucher eux-mêmes l'un sur l'autre ; mais ils ne chevaucheraient réellement que dans certaines conditions anormales, quand la tête est très-vigoureusement comprimée. Et par là se trouverait expliqué tout naturellement comment le diamètre occipito-frontal est diminué ; comment le diamètre bi-pariétal reste à peu près sans diminution, l'engagement de l'occipital et du frontal sous les angles supérieurs des pariétaux, à la fois en arrière et en avant, devant gêner beaucoup le chevauchement des bords supérieurs de ces deux derniers os ; — et comment, au contraire, les

angles postéro-supérieurs de ces mêmes pariétaux étant soulevés par l'angle de l'occipital engagé sous eux, le diamètre sus-occipito-mentonnier, celui que M. Budin appelle *diamètre maximum* de la tête, se trouve augmenté très-sensiblement.

Quand il sera question de la présentation de la face, et de la présentation du siége, où la tête vient dernière, nous dirons quelles modifications subit alors le crâne, toujours d'après M. Budin.

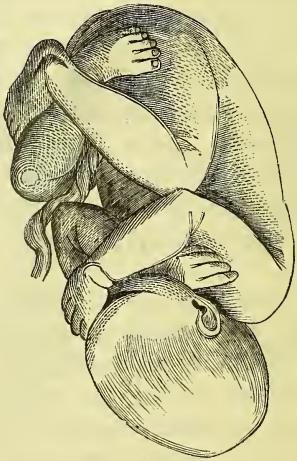
Du reste, il n'est pas tout à fait indifférent, pour la facilité de l'accouchement, que le fœtus soit mâle ou femelle, attendu qu'il est avéré que le fœtus mâle a, en général, la tête un peu plus grosse que le fœtus femelle. (Clark, Simpson, Schröder, etc.)

Après la tête, vient, pour le volume, le haut du tronc, dont le diamètre bis-acromial mesure de 11 à 12 cent.; mais ce diamètre est réductible par une forte pression à 9 cent. et demi, les épaules s'abaissant alors, tout en se portant en avant ou en arrière. Enfin, après les épaules, vient le pelvis, qui a 11 cent. de diamètre, mais qui est réductible par la pression à 9 cent.

L'*attitude* du fœtus dans la matrice est celle-ci : il a le tronc courbé en avant, la tête fléchie sur la poitrine, les bras appliqués sur les côtés du thorax, les avant-bras fléchis et croisés sur le devant du sternum, les mains appliquées sur les côtés du menton, les pieds relevés sur le devant des jambes, les jambes fléchies tout à fait sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen; les talons

vers les ischions (*fig.* 20).

Ainsi pelotonné, le fœtus représente, dans son ensemble, une masse ovoïde dont le plus grand diamètre est de 20 à 30 cent. et dont la grosse extrémité (volume réel) correspond à la tête, la petite extrémité (volume réductible) au pelvis. Or, 20 fois contre une, la tête est en bas et le pelvis en haut. Et cette position ne tient point, comme le voulaient les anciens, à une détermination instinctive du nouvel être, mais bien tout simplement à ce que la tête est plus lourde que le pelvis. Le fœtus baigne librement dans l'eau de l'amnios, avons-nous dit ; il est donc tout naturel que sa partie la plus lourde, la tête, soit la plus déclive. Il est certain que, si l'on abandonne sur l'eau un fœtus pelotonné comme il l'est dans l'utérus, on le verra arriver au fond la nuque la première.



ig. 20. — Attitude du fœtus dans la matrice.

Un examen journalier par le toucher, le palper et surtout l'auscultation, prouve que le fœtus,

dans les derniers moments de la grossesse, et souvent même dès la fin du 7e mois, prend une posi-

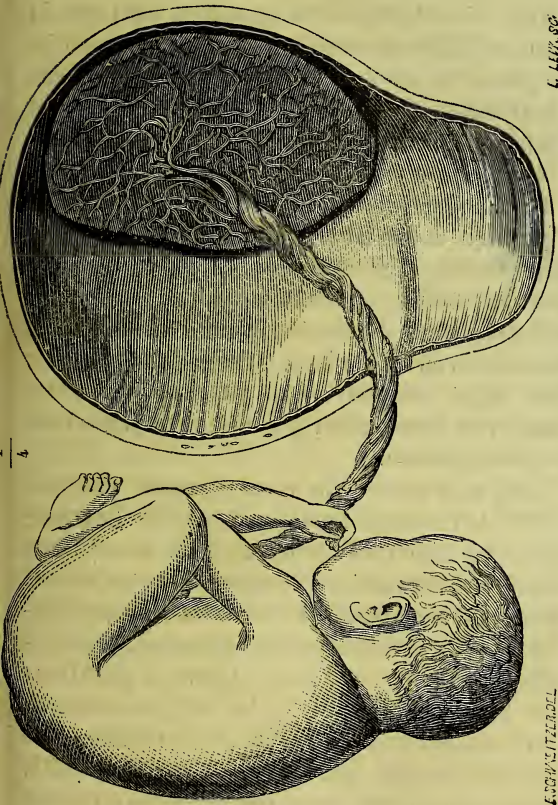


Fig. 21. — Attitude du fœtus. Insertion du placenta (d'après Schultze).

tion fixe dans l'utérus. Toutefois il ne faudrait pas croire que cette position du fœtus soit alors telle-

« Paul Dubois, qui ont nié la possibilité de ces « changements de position oubliaient que la ma- « trice, vers la fin de la grossesse, n'est pas du « tout un coffre inextensible, mais bien une poche « à parois molles et souples ; et que le fœtus, d'un « autre côté, n'est pas non plus une tige rigide et « inflexible, mais bien un corps souple dans toutes « ses parties et parfaitement fait pour s'accommo- « der admirablement aux diverses courbures du « canal qui doit le laisser passer. » Le fœtus peut donc très-bien changer de position, même *cap pour cap,* dans les derniers temps de la gestation ; et il n'est guère d'accoucheur qui n'ait observé le fait une fois au moins dans le cours de sa pratique ; Paul Dubois affirme même avoir vu des fœtus changer de présentation à plusieurs reprises dans la même journée.

Quoi qu'il en soit, du rapprochement des diamètres de la tête du fœtus avec ceux de l'excavation et du détroit inférieur, et, pour mieux dire, du rapprochement des dimensions du fœtus à terme avec celles du bassin, découlent les principes fondamentaux de l'accouchement spontané. Il en résulte, en effet, qu'un fœtus à terme ne peut franchir la filière pelvienne qu'en se présentant au détroit supérieur par l'une de ses extrémités, tête ou pelvis ; et que, quelle que soit cette extrémité, l'accouchement spontané ne sera possible qu'autant que le diamètre sus-occipito-mentonnier ne restera pas parallèle aux diamètres de l'excavation et, en

particulier, de son détroit inférieur ; qu'il faut, par conséquent, que toujours l'occiput se dégage avant le menton, ou le menton avant l'occiput, et que, de plus, la tête plonge dans l'excavation fortement fléchie, ou bien, au contraire, complétement défléchie, soit que l'enfant naisse par le sommet, soit qu'il naisse par le pelvis ; — de façon que l'un des plus petits diamètres de la tête, le *sous-occipito-bregmatique*, ou le *trachélo-bregmatique*, arrive à se trouver parallèle au plan du détroit inférieur.

Or, il est bon de remarquer, à ce sujet, que l'articulation occipito-atloïdienne qui, chez l'adulte, ne permet que des mouvements de flexion et d'extension assez bornés, est, chez l'enfant naissant, assez lâche pour laisser à ces deux mouvements autant d'étendue que possible; si bien que, dans la flexion, le menton déprime le sternum, et que, dans l'extension, la nuque arrive à toucher le dos.

Quant aux mouvements d'inclinaison latérale et de rotation de la tête, ils sont également très-faciles. La rotation, en particulier, est telle qu'elle peut être poussée presque jusqu'au demi-cercle, sans qu'il y ait déchirure d'aucun ligament, ni même compression sensible de la moelle cervicale.

PREMIÈRE PARTIE.

DE LA GROSSESSE.

La grossesse est cet état particulier dans lequel se trouve la femme, depuis le moment de la conception jusqu'à celui de l'expulsion du produit. Elle dure, en moyenne, 9 mois solaires, 270 jours ; mais une variation de 8 à 10 jours, en deçà ou au delà de ce terme, n'est pas rare. Il n'en est pas de même de la gestation se prolongeant au delà de 280 jours. Cependant, personne ne met plus en doute aujourd'hui la possibilité de la prolongation de cet état jusqu'à 10 mois révolus. Fodéré, on le sait, cite sa propre femme comme étant accouchée deux fois à ce dernier terme. Du reste, la loi elle-même sanctionne le fait, puisqu'elle admet la légitimité de l'enfant né 299 jours après la dissolution du mariage.

Quoi qu'il en soit, on distingue la grossesse en normale ou *intrà-utérine* et en anormale ou *extrà-utérine*, — et cette dernière est dite, suivant le point où l'œuf s'est creusé une loge, *abdominale, ovarique*, *tubaire* ou *interstitielle*.

D'ailleurs, la grossesse, quelle qu'elle soit, *utérine* ou *extrà-utérine*, est, ou *simple*, ou *composée*, ou *compliquée :* simple, s'il n'y a qu'un fœtus ; composée, s'il y en a plusieurs ; et compliquée, si, avec le fœtus ou les fœtus, il y a autre chose, une production accidentelle quelconque. Elle est dite *fausse*, enfin, quand c'est toute autre chose qu'un fœtus qui fait croire à une vraie grossesse.

Grossesse normale et simple.

La grossesse normale se reconnaît à des signes nombreux ; mais tous n'ont pas la même valeur. Les uns sont seulement de *probabilité*, ce sont ceux désignés par les auteurs sous le titre de *rationnels ;* — les autres sont de *certitude*, ce sont ceux désignés communément sous l'épithète de *sensibles*.

Les signes de *probabilité* sont nombreux ; il n'y en a pas moins d'une vingtaine, ce sont :

Au moment même de la conception.	Une sensation voluptueuse particulière dans le coït fécondant, ou des vomissements immédiatement après le coït.
Dans le cours du 1er mois de la grossesse.	Un gonflement sensible des seins, avec picotements douloureux ; Des douleurs de dents, sans carie ; Un état de langueur de la face, avec teint verdâtre et yeux cernés de bleu ; Des envies de vomir, avec du ptyalisme, des crachotements ; Et une tendance insolite aux lipothymies.

Dans le cours du 2e mois.

Des vomissements d'eau, de glaires ou même de bile, le matin particulièrement, aux premiers mouvements que la femme se donne en sortant du lit ;

Un aplatissement sensible de la région hypogastrique et une dépression extraordinaire de l'ombilic, tenant à ce que l'utérus, déjà plus gros, s'est abaissé en totalité ;

Un redressement du col utérin qui est plus facile à atteindre avec le doigt qu'auparavant ;

Un léger ramollissement de l'écorce du museau de tanche (*fig.* 22).

Des dégoûts pour les aliments préférés jusque-là et une appétence marquée pour d'autres qu'on détestait ;

Un changement dans le caractère et souvent même une certaine perversion de l'intelligence.

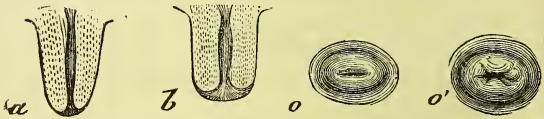


Fig. 22. — Différence du col de l'utérus et de son orifice externe suivant que la femme a eu ou non des enfants.
a. Forme du col utérin chez la femme qui n'a jamais eu d'enfants.
b. — — qui a eu des enfants.
o. Orifice externe du col chez la femme qui n'a pas eu d'enfants.
o'. — — qui a eu des enfants.

Dans le cours du 3e mois.

Persistance des signes précédents ; de plus :

Une presque immobilité de l'utérus, qui remplit, pour ainsi dire, l'excavation ;

Une augmentation d'épaisseur du col qui, chez la primipare, cesse d'être acuminé pour devenir presque cylin-

Dans le cours du 3e mois. *(Suite.)*

drique, et qui, chez la multipare, s'élargit en restant cylindrique;

Un ramollissement du museau de tanche assez marqué, chez la primipare comme chez la multipare, pour donner sous le doigt la sensation d'un corps dur et lisse recouvert d'un tapis de drap épais ;

Enfin, un peu d'élargissement de l'orifice externe, qui, chez la primipare, cesse d'être une fente transversale et linéaire pour prendre une forme ovalaire, *tout en restant fermé cependant;* et qui, chez la multipare, où il est déjà rond, s'est contenté de *s'ouvrir*, au point de recevoir la pulpe du doigt.

A la fin du 3e *mois,* si la femme a les parois du ventre maigres ou très-souples, on peut sentir, au palper, le fond de l'utérus au-dessus des pubis, tandis que le col est encore très-bas ;

Dans le cours du 4e mois.

Augmentation de volume des mamelons et boursouflement comme emphysémateux des aréoles mammaires, avec coloration brune des uns et des autres;

Apparition sur les aréoles de 12 à 20 tubercules saillants et donnant, quand on les presse entre les doigts, un liquide sérolactescent ; ce sont là les *tubercules papillaires* de Montgomery ;

Élévation de l'utérus au-dessus du détroit supérieur, pour prendre définitivement domicile dans le ventre jusqu'à l'accouchement ;

Difficulté, maintenant, d'atteindre avec

Dans le cours du 4e mois. *(Suite.)*

- était plus bas que d'ordinaire, et qui, à présent, est beaucoup plus haut et, en même temps, porté en arrière et à gauche ;
- Ramollissement du museau de tanche à un degré tel qu'on a, en le touchant, la sensation d'une muqueuse œdématiée ;
- Arrondissement complet, chez la primipare, de l'orifice externe qui, malgré cela, *reste encore fermé ;* et, chez la multipare, élargissement de cet orifice qui, à présent, permet l'introduction facile de la pulpe digigale (*fig.* 23) ;
- Pouls vaginal du docteur Osiander, au niveau de la base du col ;
- Coloration ardoisée du vagin (Jacquemier et Kluge) ;
- Bruits de soufle.
- Commencement de bruit de frottement du fœtus sur les parois utérines (Nauche) ; ou de choc fœtal (Pajot) ;
- Enfin, apparition de la kyestéine dans les urines.
- *A la fin du mois,* le fond de l'utérus est à quatre travers de doigt au-dessus des pubis.

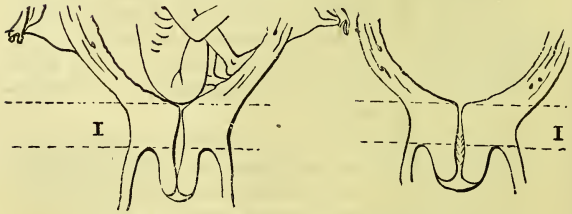


Fig. 23. — Col utérin à la fin du 4e mois.
Chez la primipare. Chez la multipare.

Dans le cours du 5e mois.

Dans la première moitié du 5e mois mêmes signes que dans le mois précédent, seulement plus évidents ;

Mais, *dans la seconde moitié,* apparition des signes de *certitude ;*

Ballottement ou mouvements passifs du fœtus ;

Mouvements actifs du fœtus ;

Bruits ou battements provenant du cœur du fœtus ;

Dès que ces derniers signes sont évidents, il n'y a plus de doutes à conserver sur la réalité de la grossesse vraie.

A la fin du mois, le fond de la matrice est rendu à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic; le tiers inférieur du col est ramolli, chez la primipare comme chez la multipare; mais tandis que, chez la première, il reste toujours *fermé,* chez la seconde, il est assez ouvert pour permettre l'introduction de toute la portion unguéale de l'index (*fig.* 24).

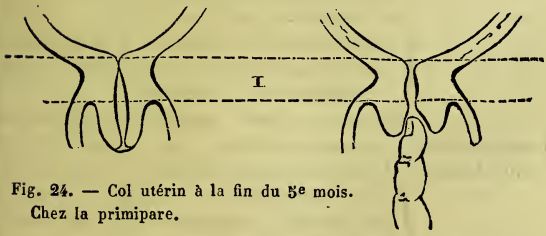


Fig. 24. — Col utérin à la fin du 5e mois.
Chez la primipare.

Chez la multipare.

Dans le cours du 6e mois.

Mêmes signes ; en outre :

Commencement de l'aréole *mouchetée* du sein et de la ligne brune ventrale ;

Dans le cours du 6e mois. *(Suite.)*

Apparition du *masque* (taches sur le visage et tiraillements des traits) ;

Cessation des troubles digestifs, appétit vorace, embonpoint, belle santé.

A la fin du mois, le fond de l'utérus a dépassé l'ombilic d'un centimètre ; et le col est mou dans toute sa moitié inférieure. Chez la multipare, ce col est assez ouvert pour recevoir toute la phalangette de l'index ; mais, chez la primipare, il reste toujours *fermé* ; quelquefois, pourtant, il peut recevoir la pulpe du doigt (*fig.* 25).

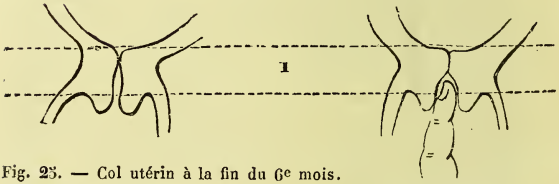


Fig. 25. — Col utérin à la fin du 6e mois.
Chez la primipare. Chez la multipare.

Dans le cours du 7e mois.

Mêmes signes que dans le 6e mois, et de plus :

Vergetures nombreuses sur la peau du ventre, au-dessus des aines, avec éraillures de l'épiderme ;

Coloration plus marquée de la ligne brune ventrale ;

Agrandissement de l'aréole mouchetée des mamelles ;

Quelquefois, vergetures sur les seins, s'ils sont très-gros.

A la fin du mois, le fond de l'utérus arrive à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et s'oblique alors,

Dans le cours du 7e mois. *(Suite.)*

très-sensiblement à droite et en avant; le col s'oblique dans le sens contraire, et si l'on parvient à le toucher, ce qui n'est pas toujours facile, on le trouve ramolli dans ses 2/3 inférieurs; chez la multipare, il est assez ouvert pour recevoir toute la phalangette de l'index ; mais, chez la primipare, c'est à peine s'il permet l'introduction de la pulpe du doigt (*fig.* 26).

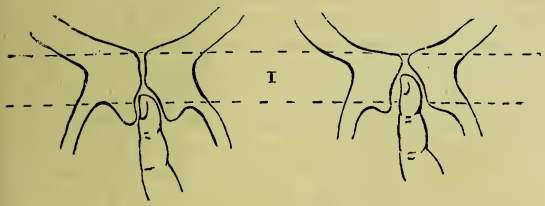


Fig. 26. — Col utérin à la fin du 7e mois.
Chez la primipare. Chez la multipare.

Dans le cours du 8e mois.

Mêmes signes que dans le 7e mois ; moins cependant la kyestéine et le ballottement qui ont alors généralement disparu ; il y a trop peu d'eau dans l'amnios comparativement au volume du fœtus, pour que celui-ci ballotte facilement.

A la fin du mois, le fond de l'utérus est à 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; le col est aux 3/4 mou, et l'orifice externe, chez la multipare, plus perméable encore au doigt qui peut atteindre l'orifice intérne, déjà un peu entr'ouvert lui-même, si la femme a eu beaucouup d'enfants. Chez la primipare elle-même, le col est as-

Dans le cours du 8e mois. (*Suite.*)

tion de la phalangette, jusqu'à toucher presque l'orifice interne qui, lui, par exemple, est ici complétement fermé (*fig.* 27).

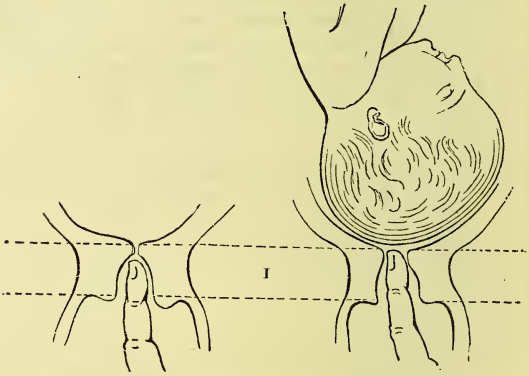


Fig. 27. — Col utérin à la fin du 8e mois.
Chez la primipare. Chez la multipare.

Dans le cours du 9e mois.

Dans les vingt premiers jours du 9e mois, même état de choses que dans le 8e. Seulement, le fond de l'utérus arrive à remplir tout l'épigastre et le col est tout à fait mou, *sans pourtant avoir encore perdu de sa longueur*. Ce col est, en outre, ouvert complétement, aussi bien chez la primipare que chez la multipare. Si l'on touche le col par l'extérieur, on ne le sent pas sous le doigt, tant il est mou ; il se confond avec les parois vaginales. Mais, si l'on sait engager le bout du doigt dedans, ce qui est assez diffi-

cile parfois, à cause du renversement en arrière et en haut du segment inférieur de l'utérus, on sent parfaitement que le col a encore toute sa longueur.

Dans le cours du 9e mois. (*Suite*).

Ce n'est que *dans les* 8 *ou* 10 *derniers jours*, alors que le ventre est *tombé*, que le col commence à s'effacer *de bas en haut* (et non pas *de haut en bas*), chez la primipare comme chez la multipare. Chez la première, la base du col conserve encore, cependant, une résistance qui ne disparaîtra qu'aux premières douleurs pour accoucher. Chez la seconde, *tout est mou*, et l'on touche à nu l'orifice interne très-mince et un peu dilaté (*fig.* 28).

Quand le ventre est tombé, par suite de l'engagement, dans le détroit supérieur, de la tête du fœtus coiffée du segment inférieur de la matrice, la femme se sent plus libre de la respiration ; mais aussi plus gênée pour la marche, en même temps qu'elle est tourmentée par des envies fréquentes d'uriner, par des coliques et des douleurs de reins.

Ces derniers symptômes, joints à de l'agitation, de l'anxiété, et des glaires insolites, annoncent ordinairement que le moment de la parturition n'est pas loin.

Les changements de forme et de volume de l'abdomen ne commencent donc à s'accentuer que vers le début du 4e mois ; et ils se continuent jus-

chez les primipares.

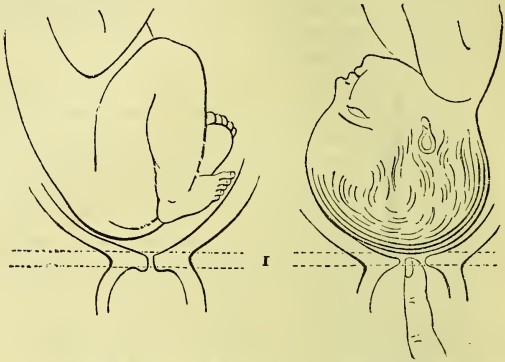


Fig. 28. — Col utérin à la fin du 9e mois.
Chez la primipare. Chez la multipare.

(*Voy.* la figure schématique de Schultze (29), qui nous fait assister parfaitement bien à ce développement graduel.)

Mais, chez les femmes ayant déjà eu plusieurs enfants, le mouvement ascensionnel de la matrice est loin d'être aussi régulier; chez elles, trop souvent l'organe gestateur s'incline en avant, dès que son corps a franchi le détroit supérieur, et son fond dépasse alors à peine la région ombilicale, même à la fin de la grossesse (Stoltz).

Tel est le tableau des signes de la grossesse suivant leur succession ordinaire. Revenons, à présent, sur chacun en particulier, pour dire quelle est sa valeur.

D'abord, pour ce qui est des deux premiers,

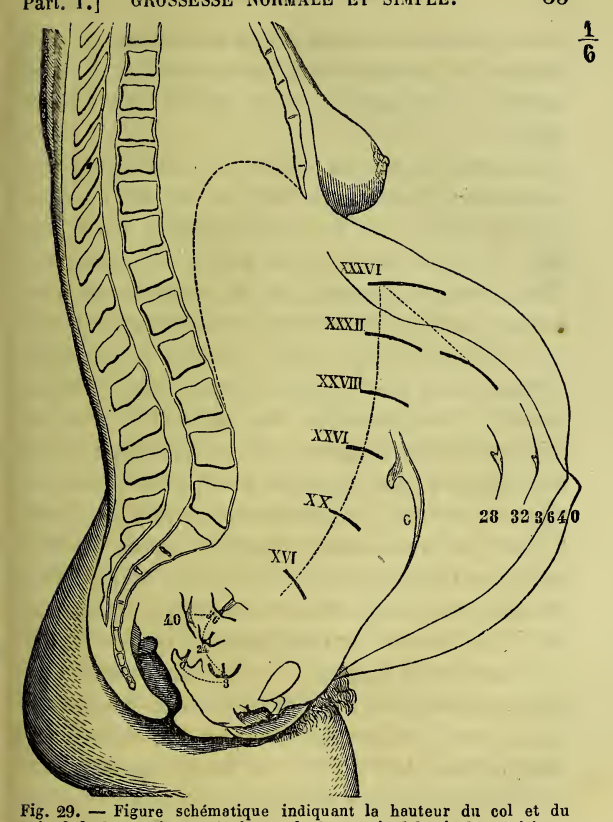


Fig. 29. — Figure schématique indiquant la hauteur du col et du fond de la matrice, et la forme de la paroi abdominale antérieure à différentes époques de la grossesse ★.

★ Hauteur du col à l'état de vacuité. — 8, 30, 36, 40, hauteur du col à la 8e, 30e, 36e, 40e semaine de la grossesse. — XVI, XX, XXVI, XXVIII, XXXII, XXXVI, fond de la matrice à la 16e, 20e, 26e, 28e, 32e semaine. (La ligne non numérotée au niveau et en avant de la ligne marquée XXXII, indique la hauteur du fond de l'utérus au moment de l'accouchement.) — *0*, paroi abdominale antérieure à l'état de vacuité. — 28, 32, 36, 40, la même paroi aux semaines correspondantes. (Schultze, *Atlas*.)

fidence en est rarement faite au médecin ; et, en serait-il autrement, il n'en tirerait pas grande utilité.

Il n'en est pas de même du gonflement des seins avec picotements douloureux, de l'odontalgie sans carie, de l'état de langueur de la face avec les yeux cernés, des envies de vomir avec crachotements fatigants, et de la tendance insolite aux défaillances; quand ces signes sont réunis, ils donnent déjà d'assez grandes probabilités.

Mais, c'est bien mieux, quand, outre cela, on constate la suppression des règles, et des vomissements journaliers, sans maladie qui puisse les expliquer; des dégoûts, des appétits bizarres, une perversion du caractère et parfois de l'intelligence; il n'y a, alors, presque plus de doutes à avoir sur l'existence de la grossesse, surtout si le toucher et le palper font reconnaître une augmentation de volume de l'utérus et un peu de ramollissement de la surface du museau de tanche, avec changement de forme et évasement de l'orifice, et si les modifications des mamelons et des aréoles mammaires, indiquées plus haut, se montrent bien évidentes. M. Montgomery regarde ces modifications du sein comme un signe qui ne trompe pas, chez une primipare, bien entendu; car il est bon de savoir qu'une fois développées par une première grossesse, elles ne disparaissent plus (1).

(1) Vedeler n'ayant pas trouvé ces tubercules *papillaires* chez plusieurs femmes réellement enceintes, et les ayant

La *kyestéine,* qui est surtout évidente du 3e au 7e mois, n'est reconnue aujourd'hui avoir quelque valeur que si la femme, en dehors de son état de grossesse, jouit d'une bonne santé. On ne considère donc plus la kyestéine comme un produit de nouvelle formation appartenant exclusivement à l'urine des femmes enceintes, mais bien comme le résultat de l'oxydation d'un élément azoté existant toujours dans l'urine, mais en quantité généralement plus grande, toutefois, chez la femme grosse.

Pour l'obtenir, on s'y prend ainsi : on recueille de l'urine dans un verre à champagne et on la laisse reposer à l'air et à la lumière pendant 4 ou 5 jours. Au bout de ce temps, la kyestéine, s'il en existe, se présente à la surface du liquide sous l'aspect d'une pellicule crémeuse, blanchâtre et parsemée de petits points brillants et cristallins. Comme elle peut se montrer également exagérée dans certains cas pathologiques, on ne doit en tenir compte dans le diagnostic de la grossesse, nous le répétons, qu'autant que la femme est exempte de maladie.

Quant à la *coloration ardoisée du vagin*, au pouls vaginal et au bruit de souffle lui-même, ils n'indiquent qu'une chose, l'augmentation du volume de l'utérus et un certain degré de compression exer-

rencontrés un grand nombre de fois sur des femmes non enceintes et n'ayant même jamais été mariées, en conclut que ce signe de l'existence de la grossesse n'a pas la valeur que veut bien lui attribuer Montgomery.

gastriques, sans indication de la cause de cette augmentation de volume. Ils corroborent les autres signes rationnels; mais ils n'ont par eux-mêmes aucune signification, en ce qui touche la grossesse (1).

Il n'en serait pas de même du *bruit de frottement* de Nauche, et surtout *du choc fœtal* du professeur Pajot, s'ils étaient perçus nettement; car ces bruits ne seraient plus de simples signes de probabilité; ils mériteraient d'être rangés au nombre des signes de certitude, et seraient d'autant plus précieux qu'ils se manifesteraient alors que les signes ordinaires de ce genre manquent encore.

Toutefois, on n'a jamais, avec les signes précédents (sauf pourtant le frottement et le choc), qu'une masse de probabilités, et nullement une certitude complète. Cette certitude, on ne l'a que lorsque les signes appelés *sensibles*, le ballottement, les mouvements spontanés et les bruits du cœur du fœtus, sont bien nettement perçus; et ils ne le sont habituellement que quand la gros-

(1) Huguier n'est pas de cet avis, en ce qui regarde la *Coloration bleuâtre* de l'orifice vulvo-vaginal; elle aurait pour lui une grande valeur et serait un excellent moyen de distinguer une grossesse douteuse, extra-utérine, par exemple, d'avec une tumeur ovarique ou même utérine, — la teinte du vagin, dans ce dernier cas, ne devenant jamais aussi sombre.

sesse est arrivée à la moitié de son cours, à 4 mois et demi (1).

Le *ballottement,* ou mouvement de va-et-vient communiqué au fœtus (nous dirons bientôt de quelle façon), ne saurait être simulé que par un sarcome pédiculé et flottant en partie dans un kyste ovarique, ou par une môle charnue nageant dans l'eau de l'amnios. Mais ces cas sont si rares, en comparaison de la grossesse, qu'on peut très-bien avancer que le ballottement est un signe certain de la présence d'un fœtus dans l'utérus. Malheureusement, il n'est pas toujours facilement perceptible, attendu qu'à l'époque précisément où on commence à pouvoir le produire, le doigt a souvent beaucoup de peine à atteindre le segment inférieur de l'utérus ; et qu'ensuite le choc en retour est insignifiant ou même nul, si par hasard le fœtus se présente par le siége ou le tronc, au lieu

(1) Vers la fin du 4e mois, dit le professeur Pajot, le fœtus vivant se meut déjà de lui-même, sous l'influence de causes encore mal connues, et cette mobilité instinctive se traduit par un phénomène important d'une perception assez difficile. C'est là le *choc fœtal.* Il faut le chercher, non avec la main, mais avec le stéthoscope. Sous la pression moyenne de l'instrument, on éprouve en même temps, à l'instant où le mouvement se produit, une double sensation de *choc* et de *bruit brusque*, mais *d'une extrême légèreté* l'un et l'autre. Si l'oreille réussit à les bien percevoir, elle met l'accoucheur en possession d'un nouveau signe de certitude, délicat, il est vrai, mais dont l'avantage est de se manifester souvent avant tous les autres. (*Annales de Gynécologie*, t. I, p. 207.)

n'est pas perçu avant 4 mois et demi, c'est que le fœtus est encore trop petit, trop peu lourd, pour que sa chute sur le doigt soit sentie ; et s'il cesse d'être perçu pendant le 7e mois, c'est qu'il a perdu alors presque toute sa mobilité.

Les *mouvements spontanés* du fœtus, qui se font sentir également vers 4 mois et demi, sont un signe de plus grande valeur encore que le ballottement. Sitôt qu'elle les a perçus, la femme n'émet plus de doute sur son état. Mais, pour partager cette conviction, le médecin ne doit pas s'en rapporter uniquement au dire de la femme, qui peut se tromper, si elle ne sait pas encore ce que c'est, ou si, le sachant, elle a un immense désir d'avoir un nouvel enfant; il faut qu'il perçoive lui-même ces mouvements actifs. Pour cela, il n'a qu'à tenir ses mains appliquées sur le ventre de la femme, durant quelques instants, à agacer l'organe gestateur avec le bout des doigts, et si cela ne suffit pas, une main étant appliquée sur un des côtés de l'abdomen, à donner un petit coup sec, avec l'autre main, sur le point opposé ; il est rare que le fœtus ne réagisse pas contre cette provocation et ne fasse pas quelques mouvements. Toujours est-il que, nettement perçus, ces mouvements donnent au médecin la certitude qu'il y a grossesse. Mais cependant, de ce qu'ils ne seraient pas perçus par la manœuvre indiquée, il ne faudrait pas conclure qu'il n'y a pas de grossesse; car l'enfant pourrait être mort, sans qu'on le sache

encore, ou même, quoique vivant, être dans un état de torpeur absolu, comme on l'observe assez souvent.

Il n'y a alors que les *bruits du cœur fœtal* qui puissent jeter sur la question toute la lumière désirable. Quand ces pulsations *redoublées* battant de 130 à 160 par minute, se font nettement entendre au niveau de l'utérus (et une oreille exercée les trouve toujours), nul doute, en effet, qu'il n'y ait dans cet organe un enfant et, qui plus est, un enfant vivant. Tandis que, si elles font défaut, tous les autres signes existeraient-ils, on ne pourrait consciencieusement établir, sur l'existence de la grossesse, qu'une masse plus ou moins forte de probabilités.

Celui qui cherche, pour la première fois, à entendre les bruits du cœur d'un fœtus encore dans le sein de sa mère, doit savoir, pour la facilité de ses recherches, qu'ils ressemblent aux battements d'une montre qu'on aurait enveloppée dans un morceau de linge replié plusieurs fois sur lui-même ; et savoir encore, pour que ce signe conserve à ses yeux toute sa valeur, que rien, dans le ventre d'un adulte bien portant, ne peut donner une sensation auditive semblable, — ni l'aorte qui ne bat jamais aussi vite, à moins de fièvre extraordinaire, — ni les intestins, dont les bruits gazeux n'ont jamais la même régularité soutenue.

Jusqu'à 7 mois révolus, le fœtus n'ayant pas dans la matrice de position fixe, les pulsations de son cœur peuvent changer de place et s'en-

Ce n'est qu'à dater du 8e mois, que, le fœtus prenant une position déterminée, ses pulsations cordiales présentent leur *summum* d'intensité dans un point également déterminé. A partir de ce point, elles vont graduellement en s'affaiblissant dans toutes les directions et cessent, en général, au delà d'un rayon de 7 à 8 cent. Il est, toutefois, certains cas où on les suit très-bien dans toute une moitié du ventre et même jusqu'au côté opposé, quoiqu'il n'y ait réellement qu'un seul fœtus.

L'*intensité* de ces battements varie avec l'âge du fœtus, mais non leur *fréquence;* que le fœtus ait 4 mois et demi ou qu'il ait 9 mois révolus, il y a toujours le même nombre de bruits par minute. Ils ne sont pas influencés non plus, dans leur fréquence, par les variations qui peuvent survenir dans le pouls de la mère ; que celui-ci, par une cause quelconque, vienne à se ralentir ou, au contraire, à prendre une vitesse extraordinaire, peu importe, le cœur du fœtus n'en bat ni plus lentement ni plus vite. On peut donc être sûr, dès qu'il se ralentit ou s'accélère notablement, si surtout, avec cela, il devient irrégulier ou intermittent, que l'enfant n'est pas à l'état normal, qu'il est ou très-agité ou malade.

Dans les positions dorso-lombaires du fœtus, les battements en question sont quelquefois très-obscurs. Cependant, quoi qu'en ait dit M. le professeur Stoltz, en les cherchant bien, on finit tou-

jours, même dans ces cas-là, par les trouver, si, bien entendu, l'enfant est vivant et a dépassé 4 mois et demi. (*Dict. de méd. et de chirurgie prat.*)

En résumé, comme ces bruits ne peuvent être produits que par un cœur de fœtus qui bat; qu'ils sont toujours plus ou moins nettement perçus, quelle que soit la position de ce fœtus; et qu'enfin ils ne peuvent être confondus avec aucun autre bruit, on a eu raison de dire qu'ils constituent le signe de certitude par excellence de la grossesse.

Nous avons donc dans le *ballottement*, les *mouvements spontanés* et les *bruits du cœur* du fœtus, trois signes qui effacent évidemment tous les signes rationnels. Néanmoins, comme il peut se faire qu'on ne les perçoive pas clairement, quand cependant il y a réellement grossesse assez avancée, il ne faut pas négliger de tenir grand compte des signes rationnels, qui, du reste, lorsqu'ils sont réunis en assez grand nombre, équivalent à une presque certitude. Il en est même deux qui, à eux seuls, suffisent à éclairer l'accoucheur expérimenté, non-seulement sur l'existence de la grossesse, mais encore sur son âge. Ce sont le développement progressif du corps de l'utérus et les changements que subit peu à peu son col dans sa forme, sa consistance et sa position. Il est certain qu'un médecin qui a le palper et le toucher suffisamment exercés saura reconnaître dans bien des cas, rien qu'au degré d'élévation du fond de la matrice et aux modifications qui se sont opé-

est enceinte d'abord, puis, à peu de jours près, à quelle époque de sa grossesse elle est arrivée. Sans doute, il est des cas pathologiques (hydatides, hydromètre, polypes, corps fibreux, etc.), où le corps et le col de la matrice subissent des changements analogues; mais, outre que ces cas sont très-rares, comparativement à la grossesse normale, ils sont généralement faciles à distinguer, et, par conséquent, ils ne diminuent guère l'importance des deux signes précités.

Disons, maintenant, comment se pratiquent le *toucher vaginal*, le *palper abdominal* et l'*auscultation obstétricale*, qui rendent au médecin accoucheur de si grands services.

Manière de pratiquer le toucher vaginal et de rechercher le ballottement.

Pour pratiquer le toucher vaginal, on se sert habituellement du doigt indicateur seul, les trois derniers doigts étant fléchis comme quand on a le poing fermé, et le pouce étant porté dans une forte abduction. La femme peut être touchée, du reste, ou debout ou couchée.

Si on la touche debout, on la fait s'appuyer le dos contre une cloison ou une armoire, et se tenir les jambes un peu fléchies et écartées. Alors, après s'être graissé l'index d'axonge, d'huile, ou, mieux encore, de cérat, on vient se placer devant elle; on met en terre le genou correspondant à la main dont on va se servir, et l'on porte cette main,

par-dessous les vêtements (aussi peu soulevés que possible), entre les cuisses de la femme. L'index étant étendu horizontalement et tourné la pulpe en haut, on l'élève ainsi disposé jusqu'au sillon interfessier; puis, quand il est couché sur ce sillon, on l'amène d'*arrière en avant* jusqu'à ce que son extrémité rencontre la commissure postérieure de la vulve, qui est plus ou moins entr'ouverte dans la position qu'on a fait prendre à la femme. Pour peu qu'on presse sur le périnée, en le parcourant d'arrière en avant, le doigt entre tout naturellement dans la vulve; et, quand il y est, on n'a plus qu'à le relever pour le faire pénétrer dans le vagin, ce qu'il faut faire *avec douceur* et *en s'attachant à suivre exactement la courbure de ce canal* (*fig.* 30). Mais, avant qu'il soit arrivé au col, on a bien soin de porter l'autre main *à plat* sur le fond de l'utérus, pour bien soutenir cet organe, l'empêcher de s'élever en masse, le redresser s'il est très-oblique et

Fig. 30. — Toucher vaginal. Position de la main pour l'exploration de la partie antérieure du bassin.

l'index est tout entier dans le vagin, le pouce doit se trouver étendu sur le pénil et l'avant-bras presque vertical.

Si l'on touche, au contraire, la femme couchée, on la fait se placer sur le bord de son lit, le siége un peu élevé et les cuisses fléchies et écartées l'une de l'autre. Cela fait, on porte la main entre les cuisses, le doigt indicateur étant tenu *verticalement* cette fois, et, quand il est arrivé sur le périnée, on le ramène de *bas en haut*, en appuyant un peu, jusqu'à ce que sa pulpe rencontre la commissure postérieure de la vulve. Le doigt entre, pour ainsi dire, tout seul dans cette commissure, si l'on parcourt le périnée en exerçant une pression

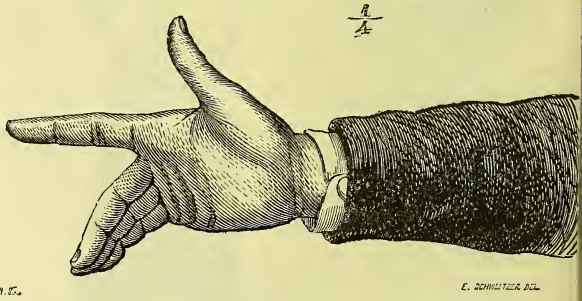


Fig. 31. — Toucher vaginal. Position de la main pour l'exploration de la partie postérieure du bassin.

suffisante ; et, quand il y est introduit, on lui fait suivre, *avec douceur* toujours, la courbure du vagin. Or, pour favoriser cette introduction, on abaisse nécessairement le coude jusqu'à toucher le mate-

las (*fig.* 31). Enfin, dès que le bout du doigt approche du col, on porte bien vite, si ce n'est déjà fait, l'autre main sur le fond de l'utérus, pour le soutenir, le redresser et l'abaisser même un peu, si rien ne s'y oppose.

Est-il indifférent de toucher la femme debout ou couchée ? Non. On peut la toucher aussi bien et même mieux debout, si la matrice est peu développée, et, à plus forte raison, vide; mais, quand cet organe est arrivé à des dimensions un peu considérables, et a pris en même temps une obliquité en avant très-marquée, il est préférable et même nécessaire de toucher la femme couchée sur le dos et le siége un peu élevé. Car, par cette position, on ramène aussi en bas et en avant que possible le col, qui, lorsque la femme est debout, se trouve porté, au contraire, par un effet de bascule, très en arrière et en haut, vers le promontoire.

Il serait bon de s'exercer à toucher avec les deux mains; car, il peut arriver qu'on trouve la femme dans l'impossibilité absolue de se lever, et couchée, de plus, sur un lit disposé contrairement à ce qu'il faudrait pour qu'on pût se servir de sa main la plus exercée.

Du reste, dans ce cas, on devrait avoir grand soin de jeter un coup d'œil sur la disposition du lit et sur le sens dans lequel la femme y est couchée, avant de relever sa manche et de se graisser le doigt. Sans cela, on arriverait peut-être près de la femme avec un doigt graissé dont on ne

lors, à être taxé de maladresse ou au moins d'étourderie, ce qui est toujours fâcheux.

Quand on touche avec l'intention de rechercher les mouvements passifs du fœtus, de produire le *ballottement*, en d'autres termes, il faut, la femme étant debout ou couchée, suivant le degré d'obliquité de la matrice, porter l'extrémité de l'index sur le point le plus déclive de l'organe, *en avant de la base du col*, et, après avoir pris la précaution, indispensable ici, de soutenir de l'autre main le fond de l'utérus, donner un petit coup sec au segment inférieur; puis, cela fait, garder la pulpe du doigt en rapport avec le point percuté, pour pouvoir percevoir, s'il y a lieu, le choc en retour du corps déplacé. Or, nous l'avons vu, il n'y a guère qu'un fœtus qui puisse ballotter ainsi dans la matrice.

Manière de pratiquer le palper abdominal.

Pour pratiquer le palper abdominal, la femme étant couchée sur le dos, la tête et la poitrine elle-même soutenues par un oreiller, le bassin relevé par un coussin et les cuisses fléchies, — afin que les muscles du ventre soient dans le relâchement le plus complet, — on promène les mains sur l'abdomen avec douceur et en appuyant un peu néanmoins.

Quand on tient à bien apprécier tout à la fois la largeur, la hauteur et la forme de l'utérus gra-

vide, on place les deux mains à plat sur le ventre et de manière que les extrémités des doigts contournent l'organe gestateur par-dessus son fond, pendant que chaque main, de son bord cubital, déprime les parois abdominales au niveau des flancs.

Si l'on ne veut apprécier, au contraire, que le développement de la matrice en hauteur, on se contente d'une main que l'on place, alors, en travers sur la face antérieure de l'organe, en ayant soin que le bord cubital glisse par-dessus le fond et marque bien sa limite.

Il est quelquefois possible, du 5e au 7e mois de la grossesse, de percevoir le ballottement du fœtus par l'extérieur, au moyen d'une simple modification du palper. Pour cela, on fait coucher la femme sur le côté, on place les mains sur son ventre, l'une en dessus, l'autre en dessous, et de cette dernière on imprime à l'utérus un mouvement de soulèvement un peu brusque. Si le fœtus nage dans beaucoup d'eau, la main inférieure, qui, bien entendu, est restée à sa place après avoir percuté, peut très-bien sentir le choc en retour et avoir, dès lors, la conscience d'un ballottement produit.

Nous verrons plus loin de quelle utilité peut être le palper abdominal, dans certains cas, pour le diagnostic des présentations et même des positions du fœtus.

Pour pratiquer l'auscultation obstétricale, on se sert généralement du stéthoscope, qui vaut mieux que l'oreille nue, parce qu'il ménage davantage la pudeur de la femme, — qu'il prévient plus sûrement, chez l'opérateur, un état congestionnel de la tête, — qu'il permet à ce même opérateur d'ausculter un plus grand nombre de points sur le ventre, sans l'obliger à des positions gênantes, — qu'il rend plus facile la dépression des anses intestinales qui peuvent s'être interposées entre la matrice et la paroi abdominale antérieure, — et qu'enfin il rend plus facile aussi la détermination du *summum d'intensité* des bruits du cœur et des limites auxquelles ces bruits s'arrêtent.

La femme sur laquelle on va pratiquer ce genre d'auscultation doit être couchée sur un lit étroit, disposé de manière qu'on puisse circuler facilement tout autour, et assez élevé, d'ailleurs, pour qu'on ne soit pas obligé de baisser trop la tête, ce qui enlèverait quelque chose à la netteté de l'audition.

La tête et les épaules sont ensuite élevées par un oreiller et les cuisses fléchies sur le ventre pour que la paroi antérieure de cette cavité soit complétement relâchée. Cette partie, du reste, est mise à nu, si la femme ne s'y oppose pas; sinon, on la laisse revêtue seulement de la chemise ou d'une serviette fine.

Cela fait, on place le pavillon du stéthoscope

sur le globe utérin bien perpendiculairement à sa surface, tout en appuyant un peu fortement, sans causer néanmoins aucune douleur à la femme; et, l'oreille placée convenablement sur le bout auriculaire de l'instrument, on écoute avec attention. Dans la crainte que les pulsations artérielles des doigts qui tenaient le stéthoscope ne viennent se mêler aux bruits que l'on cherche et les obscurcir, on fera même bien de suivre le conseil des auteurs qui veulent qu'on retire la main de dessus l'instrument, dès qu'il est en place.

Grossesse normale et composée.

La femme ne met ordinairement au monde qu'un enfant à la fois. Mais les cas de grossesse double ou gémellaire ne sont pas rares (1 sur 80). Il n'en est pas de même de la grossesse avec plus de deux fœtus; ce sont de vraies exceptions (1).

Le diagnostic de la grossesse gémellaire est, en général, facile à établir, au moyen de la vue, du palper, du toucher et surtout de l'auscultation.

(1) Il y a 1 grossesse de trois fœtus sur 5,000; — 1 grossesse de quatre fœtus sur 150,000: Hubert, entre autres, en a observé un cas; quant aux grossesses de cinq, elles sont on ne peut plus rares : car on n'en cite jusqu'à présent qu'une quinzaine de cas bien authentiques. Peu reçut cinq enfants d'une même couche, à l'Hôtel-Dieu de Paris, et Chambon aussi; mais on n'en connaît pas de plus de cinq. (Stoltz, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* Paris, 1864, t. I.)

Quand il y a deux enfants à la fois dans la matrice, le ventre est généralement plus gros que dans le cas de grossesse simple, — puis, plus large et

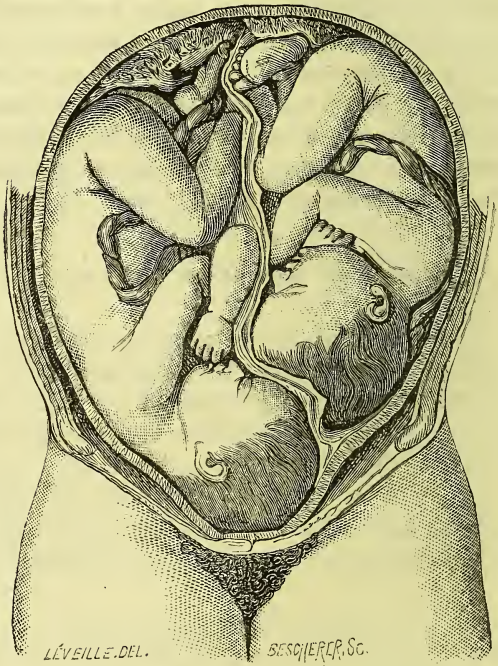


Fig. 32. — Grossesse gémellaire. Les deux fœtus se présentent par le crâne.

comme divisé en deux par une rainure longitudinale, au lieu d'offrir une saillie unique et régulière. Toutefois, il n'est pas rare de rencontrer des

femmes portant deux jumeaux dans leur sein, sans que leur ventre offre rien de particulier qui puisse

Fig. 33. — Grossesse gémellaire. L'un des fœtus se présente par le crâne et l'autre par le siége.

faire soupçonner, *à la vue,* ce qui existe. Et ce doit être quand les fœtus se présentent tous deux par la tête (*fig.* 32).

Au palper, c'est différent : car, pour peu que la grossesse soit avancée, et la paroi abdominale souple et peu chargée de graisse, on arrive souvent, en palpant bien, à distinguer les deux fœtus par leurs têtes dont on sent l'une en bas et l'autre tout à fait en haut (*fig.* 33), ou l'une en bas et l'autre un peu plus haut du côté opposé (*fig.* 32).

Au toucher, dans les derniers temps de la grossesse, si, bien que la matrice soit largement développée, on reconnaît une immobilité insolite du fœtus dont la tête est en bas, on est en droit, comme le dit fort bien Beaudelocque, de soupçonner la présence d'un second enfant. Il est certain que si, dans ce gros ventre, il n'y avait qu'un seul fœtus, ce fœtus, nageant dans beaucoup d'eau, serait facile à soulever avec l'index, au lieu d'être presque immobile.

M. Depaul (1) dit avoir observé deux fois une *double poche des eaux*, indice de la présence de deux œufs et, par conséquent, de deux enfants. Or, cette particularité, quoique très-rare (car les deux œufs ne peuvent guère être poussés ensemble vers l'orifice utérin), ne doit pas être perdue de vue.

Mais il est un signe qui l'emporte de beaucoup sur les précédents, c'est celui fourni par l'auscultation. Dans la grossesse gémellaire, en effet, si les enfants sont bien situés, de façon que leur dos soit explorable, on doit entendre *deux summum d'in-*

(1) Depaul, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. I, 1864.

tensité, séparés par un intervalle de plusieurs centimètres où l'on n'entend plus rien ou presque rien ; et si, ce qui a lieu généralement, les battements des deux *summum* ne sont pas isochrones entre eux, on peut être certain qu'il existe deux jumeaux. S'il y avait isochronisme entre les deux *summum*, on n'aurait plus qu'une simple probabilité, parce qu'il arrive quelquefois que les bruits du cœur d'un seul fœtus soient parfaitement distincts dans deux points opposés de l'utérus, en demeurant très-obscurs ou même devenant imperceptibles dans l'intervalle. Pour que le signe ait toute sa valeur, il faut donc qu'il y ait non-seulement deux *summum* d'intensité de pulsations cordiales, distants l'un de l'autre, l'un en bas et à gauche, par exemple, l'autre en haut et à droite (*fig.* 32 et 33) ; mais encore absence d'isochonisme entre ces *summum*, l'un donnant, par exemple, 150 pulsations à la minute, l'autre 140 seulement.

La mort de l'un des fœtus empêchera-t-elle de diagnostiquer une grossesse gémellaire ? Oui, si le fœtus mort est celui qui a la tête en haut ; non, dans le cas contraire. Ici, en effet, comme le dit très-bien M. de Séré, on reconnaîtra l'enfant mort par le toucher vaginal et l'enfant vivant par l'auscultation ; la tête du premier étant sentie sous le doigt au détroit supérieur, avec ses os mobiles, signe de mort, et le cœur du second battant *au-dessus* du niveau de l'ombilic, dans la grande majorité des cas, du moins.

Diagnostiquer la présence de trois fœtus, seraient-ils tous trois bien vivants, n'est pas facile. Toutefois, un cas qui, récemment, s'est présenté à la clinique d'accouchements de Paris (décembre 1876) prouve que ce diagnostic n'est pas impossible. Par le seul palper abdominal, l'habile chef de clinique, M. Pinard, reconnut la présence de trois têtes : une engagée dans l'excavation ; une deuxième, dans la fosse iliaque droite ; et une troisième, en haut, très-mobile. Et cette constatation fut assez nette pour que M. Pinard n'hésitât pas à annoncer trois enfants. Cependant, l'auscultation ne put pas arriver à donner, comme toujours, plus de deux summum d'intensité des pulsations cordiales : l'un à gauche et en avant, au-dessous de l'ombilic ; l'autre à droite et en haut.

Le 1er décembre l'accouchement eut lieu. C'était trois garçons, tous trois venant en présentation du sommet, et tous trois disposés à vivre, quoique petits ; le premier, le plus fort, ne pesait pas plus de 1,970 grammes (1).

Grossesse anormale ou extrà-utérine.

Il existe plusieurs variétés de cette espèce de grossesse, suivant le point où l'œuf s'est développé. Si c'est dans l'ovaire, la grossesse est dite *ovarique ;* si c'est dans la trompe, *tubaire ;* si c'est dans la partie de la trompe qui traverse la paroi

(1) *Voy.* Pinard, *Annales de gynécologie*, t. VII, p. 76.

de l'utérus, *tubo-interstitielle;* enfin, si c'est dans la cavité du péritoine, *abdominale.* La *tubaire* est la plus commune; la *péritonéale,* la plus grave.

La grossesse extra-utérine est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares.

Dans le cas de grossesse *tubaire*, la plus commune, nous l'avons dit, le kyste fœtal finit promptement par écarter les fibres de la tunique musculaire du tuber et n'être plus composé que de la muqueuse, devenue une caduque *sérotine* accidentelle, ou du péritoine.

Mais, pendant ce temps, l'utérus ne reste pas sans se modifier, presque comme au début d'une grossesse normale. Il s'hypertrophie en totalité, sa muqueuse se transforme en une caduque complète, et, dans le col, il sécrète ce qu'on appelle le *bouchon muqueux.*

Il est très-difficile, dans les premiers mois, de diagnostiquer une grossesse extrà-utérine, surtout si, ce qui a lieu communément, les règles sont supprimées : car les modifications survenues dans le volume du ventre, dans la consistance du col et dans l'aspect des aréoles mammaires, sont presque les mêmes que dans la grossesse normale.

Mais plus tard, si la grossesse, ce qui est rare, dépasse le 5e mois, il y a des signes propres à éclairer le diagnostic. Ainsi, le ventre a une forme irrégulière; au palper, on sent que l'œuf développé n'est pas à sa place ordinaire; au palper et au toucher réunis, en renvoyant la matrice d'une main à l'autre, on s'aperçoit qu'elle est vide, quoi-

qu'un peu grossie, et déjetée par côté ; et, enfin, si la partie inférieure du kyste occupe le détroit supérieur, on peut y déterminer le ballottement qu'on reconnaît parfaitement ne pas se produire dans l'utérus lui-même. Puis, si le fœtus a des mouvements spontanés et des bruits du cœur, la main perçoit les premiers et l'oreille les seconds plus superficiels que d'habitude. Les mouvements spontanés sont, du reste, dans ce cas, toujours plus ou moins douloureux pour la mère.

Plus tard encore, si le kyste ne crève pas, si, comme Spiegelberg en a publié récemment un cas, la grossesse arrive jusqu'à dépasser le terme habituel, il survient d'autres symptômes fort curieux. D'abord, à 9 mois révolus, que le fœtus soit mort ou encore vivant, il y a des douleurs comme pour accoucher, qui durent, en moyenne, 3 ou 4 jours, puis se dissipent, sans que le col se soit dilaté et ait livré passage à quoi que ce soit. Le calme rétabli, il y a continuation de la grossesse pendant des années, de 2 ans à 30 ans et plus; et, chose singulière ! durant ce temps-là les règles, en général, ne reparaissent pas, la sécrétion du lait, au contraire, reste permanente, — et, tous les 9 mois, la femme est prise de douleurs qui durent 3 ou 4 jours, qui simulent réellement, à part l'état du col, un vrai travail, et qui n'aboutissent pourtant rien.

Quelques auteurs citent des exemples de femmes ayant été fécondées de nouveau, dans le cours d'une grossesse extrà-utérine et ayant même mis

au monde pendant ce temps des enfants vivants (1). Mais la chose n'est possible, évidemment, qu'autant qu'il n'y a pas suppression des règles et que l'aptitude à l'évolution ovulaire est, par conséquent, conservée. Dans le cas contraire, toute fécondation nouvelle est impossible, ou du moins jusqu'à présent jugée telle.

Fausse grossesse.

On doit appeler ainsi la grossesse dont le produit s'altère et se convertit, sans qu'on sache pourquoi, en une masse ou *hydatique* ou *charnue* (môle hydatique et môle charnue). Dans la môle hydatique, on ne trouve pas de trace d'embryon ; mais, dans la plupart des môles charnues, il existe une cavité contenant, soit un embryon entier, soit quelque vestige du cordon ombilical.

La fausse grossesse a donc commencé par être vraie; il y a eu fécondation et développement d'un œuf; mais, au bout de quelques semaines, l'embryon est mort et s'est trouvé englobé dans le placenta qui, lui, a continué de s'accroître, en subissant une transformation ou hydatique ou charnue.

Quoi qu'il en soit, il y a alors suppression des règles, grossissement progressif du ventre, engorgement sympathique des seins, etc., absolument comme dans la vraie grossesse; et, dans les pre-

(1) *Voy.*, entre autres, dans l'*Abeille médicale*, 1846, le fait relaté par le docteur Vardley.

miers mois, si la femme croit elle-même être enceinte, il n'y a pas moyen de reconnaître qu'on a affaire à une fausse grossesse plutôt qu'à une vraie. Il faut être arrivé au 5e mois, époque où apparaissent les signes de certitude, le *ballottement*, les *mouvements actifs* et les *bruits du cœur du fœtus*, pour pouvoir se prononcer. Ces trois signes étant cherchés *avec soin*, *à plusieurs reprises*, et *dans des moments différents*, et n'ayant pu être perçus, on est en droit de conclure qu'on n'a pas sous les yeux une vraie grossesse.

Mais il y a aussi des maladies qui peuvent simuler la grossesse, telles que : la rétention des règles, l'hydromètre, la tympanite utérine et certains états nerveux hystériformes.

La *rétention du sang des règles* dans la cavité de l'utérus peut faire croire à une grossesse commençante : car cette rétention détermine souvent les réactions sympathiques que nous avons signalées sous le titre de signes *rationnels ;* mais, plus tard, après 5 mois de durée, la maladie est facile à distinguer d'une vraie grossesse, puisque, outre l'absence des signes sensibles qui appartiennent exclusivement à celle-ci, on constate une forme ovoïde *parfaitement régulière* de l'utérus, un développement de cet organe par saccades, aux époques où les menstrues devraient paraître, et souvent une imperforation de l'hymen ou une occlusion du col utérin.

L'*hydromètre*, ou accumulation dans la matrice d'un liquide clair, légèrement citrin, quelquefois

mélangé de sang, peut aussi simuler la grossesse ; et il en est de même de l'accumulation de gaz dans le même organe, ou *tympanite utérine*. En effet, ces deux affections s'accompagnent habituellement de suppression des règles et de plusieurs des phénomènes sympathiques observés au début de la gestation. Mais, évidemment, la méprise ne peut avoir lieu que durant les 4 ou 5 premiers mois, puisqu'on a ensuite, pour trancher nettement la question, la constatation ou l'absence des signes de certitude de la grossesse.

Du reste, dans la tympanite utérine, l'utérus est extrêmement léger et donne, à la percussion, une résonnance caractéristique.

Enfin, il est *certains états nerveux hystériformes* qui peuvent quelquefois simuler, pendant 3 ou 4 mois, une véritable grossesse. Ce sont, en général, des femmes de 35 à 40 ans, fortes, brunes, nerveuses, plus ou moins hystériques, et avec cela possédées d'un désir immodéré d'avoir des enfants, qui, atteintes tout simplement d'une névrose ou utérine ou intestinale, ou, tout au plus, d'un commencement d'altération organique dans la matrice ou l'ovaire, s'imaginent, un beau jour, être enceintes, malgré la persistance de leurs règles, parce que leur ventre a un peu grossi et qu'elles y sentent de petits mouvements extraordinaires. Or, ces hallucinées en viennent parfois à se faire une illusion si complète, qu'elles indiquent avec précision, comme si elles les éprouvaient réellement, les diverses sensations qui se

rapportent d'ordinaire à la gr ss esse, et finissent même, à force de conviction, par faire naître en elles la plupart des symptômes dits *signes rationnels*. Ainsi, leur ventre et leurs mamelles se développent réellement un peu ; elles ont du ptyalisme, des nausées, des vomissements, des dépravations du goût ; — bien mieux, se méprenant sur la nature des mouvements qui se passent dans leur intestin tympanisé ou dans leur utérus pris de petites contractions spasmodiques, elles vont jusqu'à annoncer que leur enfant remue, et enfin, quand elles se croient à terme, jusqu'à se plaindre de douleurs partant des reins et venant mourir aux pubis, comme les véritables douleurs prodromiques de l'accouchement (douleurs qu'elles ont entendu dépeindre), et à faire toutes leurs dispositions pour recevoir un enfant qui n'a d'existence que dans leur imagination malade. Toutefois, il est rare que l'illusion se prolonge autant. Ordinairement, ces pauvres monomaniaques sont désabusées, vers le 5e mois de leur prétendue grossesse, soit parce qu'elles voient bien que leur ventre n'a pas tout le volume qu'il devrait avoir, soit parce que le médecin qu'elles consultent, n'arrivant à percevoir aucun des signes de certitude de la grossesse normale, leur démontre clairement qu'elles ne sont pas réellement enceintes.

Disons, dès à présent, que l'accoucheur, consulté par une femme de ce genre, doit, avant tout, s'enquérir de la manière dont se comportent les règles : si elles viennent chaque mois régulière-

ment, et coulent pendant un nombre de jours normal chaque fois, donnant une quantité de sang normale aussi, — il doit, quelle que soit la conviction de la femme, l'engager de suite à renoncer à ses chères illusions. — Mais si, par hasard, les règles manquent et s'il y a réellement quelques-uns des phénomènes sympathiques qui se lient d'ordinaire aux débuts de la grossesse, — il doit remettre au 5e mois révolu à faire un examen plus sérieux; il cherche, alors, à plusieurs reprises et à des moments différents, les signes dits *sensibles*, particulièrement les battements du cœur fœtal, et s'il ne les trouve pas, il déclare nettement à la femme qu'elle est dans l'erreur en se croyant enceinte. Il est bien entendu qu'il met, à faire cette cruelle déclaration, tous les ménagements possibles (1).

Hygiène de la femme enceinte.

Si la femme suit d'ordinaire un régime alimentaire convenable, il ne faut pas qu'elle se fasse une obligation d'en changer, par cela seul qu'elle est enceinte. Elle ne doit alors opérer, en fait de changements, que ceux qui lui sont commandés

(1) *Voy.* Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 577, où l'on trouvera décrite, avec le talent habituel de l'auteur, une forme singulière d'aménorrhée par causes *psychiques*, amenée particulièrement par la crainte excessive d'être grosse, ou, au contraire, par un désir immodéré d'avoir des enfants.

par un dégoût ou par une appétence invincibles. Et encore faut-il que le nouvel aliment ou la nouvelle boisson qu'elle désire substituer à d'autres qui lui sont devenus antipathiques ne puisse en rien lui être nuisible, comme le seraient, par exemple, les viandes fumées ou trop fortement épicées et les boissons alcooliques prises en trop grande quantité.

Ses vêtements seront faits de manière à la garantir parfaitement du froid, mais sans la gêner en rien, sans entraver sa circulation nulle part et sans lui comprimer ni le ventre ni les mamelles. C'est dire que les corsets garnis de baleines trop rigides doivent être sévèrement proscrits. Il serait même bon que ce fussent les épaules, et non la ceinture épigastrique, qui supportassent le poids des jupons. Et comme ceux-ci, par la saillie du ventre, sont projetés très en avant, de façon à laisser pénétrer l'air trop librement jusqu'aux parties génitales, il serait encore convenable que la femme, en hiver surtout, ajoutât à ses vêtements ordinaires un caleçon large, léger et chaud tout à la fois.

Dans quelques cas, le ventre, en se développant, arrive à un degré d'obliquité extrême en avant et tombe sur le haut des cuisses; l'usage d'une ceinture hypogastrique bien faite est alors nécessaire, comme aussi celui d'un demi-corset sans baleines pour soutenir les seins, quand ils ont pris un volume et un poids considérables.

Si la femme avait l'habitude des bains généraux,

elle doit les continuer: car ils lui sont bons et comme moyen de propreté et comme moyen d'accroître la souplesse des parties génitales externes. Mais elle doit bien veiller à ne pas les prendre *chauds*. Les bains *chauds* doivent alors être proscrits impitoyablement. Il faut que l'eau soit à peine *tiède*. Frais même, les bains sont, en général, très-bien supportés, dans la deuxième moitié de la grossesse surtout. Le docteur Vidart, de Divonne, dit même avoir remarqué que les femmes enceintes supportent parfaitement bien l'hydrothérapie; il en a vu beaucoup, dans son établissement, continuer de se plonger journellement dans de l'eau à une température très-basse (+ 6 à 8° C.) jusqu'au moment de leur accouchement, et non-seulement accoucher alors avec une grande facilité, mais encore avoir des suites de couches très-heureuses. (*Dict. de méd. et de chirurgie,* article Grossesse, de Stoltz.) Dans les colonies, quoique enceintes, les créoles ne dérogent pas à leur habitude de bains froids.

Quant aux pédiluves *chauds,* ils lui sont défendus; un lavage rapide des pieds à l'eau *tiède*, voilà tout ce qu'elle peut se permettre.

La station assise prolongée disposant évidemment aux congestions utérines, la femme enceinte doit se donner du mouvement dans son intérieur et mieux encore au dehors, au grand air, et à la campagne surtout, si c'est possible; car des promenades répétées, dans de semblables conditions, ne peuvent être que très-favorables, en régulari-

sant l'hématose et la circulation. Ces promenades, du reste, doivent être faites à pied de préférence ; ou, si c'est en voiture, dans une calèche bien suspendue et sur des routes non cahoteuses. L'équitation, la danse, la course, tout exercice, en un mot, s'accompagnant de secousses plus ou moins violentes, ne saurait être que préjudiciable, et il en est de même, à plus forte raison, de tout travail nécessitant de grands efforts musculaires. Sans doute, nous voyons des femmes, bien délicates en apparence, se livrer à des mouvements désordonnés et faire même d'horribles chutes, sans que leur grossesse en soit le moindrement troublée ; mais combien aussi n'en voyons-nous pas qui avortent rien que pour le plus léger ébranlement!...

Quant à ce qui regarde le moral, les passions, les facultés affectives, il serait à désirer aussi que la femme enceinte pût maintenir tout cela dans un calme parfait. La colère, la frayeur, le chagrin et la joie elle-même sont, en effet, des causes fréquentes d'avortement. La femme en gestation a grand besoin d'être ménagée au point de vue de son impressionnabilité nerveuse. Il est hors de doute qu'une femme enceinte est généralement plus impressionnable, plus irritable, que lorsqu'elle n'est pas dans cette position. On doit donc alors la traiter avec les plus grands ménagements et les plus grands égards. Il ne faut donc pas l'irriter, l'effrayer, lui causer du chagrin inutilement. Les sensations sont plus vives chez la femme dans

cet état; elle ne peut pas toujours se maîtriser facilement, loin de là, et les émotions profondes peuvent avoir alors, chez elle, des conséquences fâcheuses, par exemple : troubler la raison, provoquer des crises nerveuses hystériformes ou cataleptiques, des palpitations violentes, de l'oppression, etc., tous accidents à redouter plus particulièrement dans cette position, parce que, chez la femme enceinte, la crase du sang dispose aux embolies, et parce que l'effet réflexe sur la matrice peut occasionner des troubles du côté de l'œuf (Stoltz). Et il en est encore de même des plaisirs sexuels, quand on en use sans modération et sans prudence. Pendant tout le cours de la gestation, la femme devrait en être très-sobre ; mais, plus particulièrement encore du 2e au 4e mois, époque où se font presque tous les avortements, et dans le 9e mois, alors que l'utérus ne demande souvent que la plus légère cause d'excitation pour entrer en travail ; et cette continence devrait surtout être observée par les femmes qui ont fait déjà des fausses couches. Car il est certain que l'abus du coït est une cause d'avortement plus commune qu'on ne le pense. Son mode d'action est, d'ailleurs, très-facile à concevoir : ou le coït est trop impétueux, — ou, sans être impétueux, il s'accompagne d'un plaisir très-vif. Dans le premier cas, il y a ébranlement direct de l'utérus, décollement de l'œuf quelque part, épanchement de sang entre lui et la face interne de la matrice, contraction de celle-ci et expulsion hâtive du

produit. Dans le second cas, il y a congestion de la matrice, par le seul effet de l'orgasme vénérien, hémorrhagie, décollement de l'œuf et, enfin, encore expulsion du produit.

Dans les derniers mois de sa grossesse, la femme est presque toujours constipée; or, l'accumulation de matières fécales durcies dans le gros intestin pouvant gêner l'utérus, l'agacer et le pousser à des contractions prématurées, il est sage que la femme dans cet état fasse un usage presque journalier du clysopompe; comme il est sage également qu'elle ne résiste jamais trop longtemps au besoin d'uriner, pour les mêmes raisons.

Enfin, si la femme se propose de nourrir son enfant de son lait, il y a quelques soins particuliers à donner à ses seins. D'abord, on doit veiller à ce que ces organes, qui vont avoir à remplir un rôle si intéressant, ne soient gênés en rien dans leur développement. Puis, si l'on juge les mamelons trop courts, il faut les former, les faire saillir davantage, soit en les soustrayant, pendant un mois au moins, à toute pression de la part des vêtements, au moyen d'anneaux de corne ou de buis de la grosseur du doigt, ou, mieux encore, de bouts de sein en cuir bouilli ou en caoutchouc assez épais; — soit en les faisant sucer tous les jours, à plusieurs reprises, par un chien nouveau-né de forte taille, ou par une personne à bouche saine. Et, si les mamelons, quoique bien faits et suffisamment développés, paraissent revêtus d'une

peau trop délicate, il faut, pour prévenir les excoriations et gerçures que déterminent si souvent les premières succions de l'enfant, laver ces mamelons deux ou trois fois par jour, pendant les deux derniers mois de la gestation, avec du vin rouge rendu plus astringent par l'addition d'une décoction de roses de Provins ou tout simplement d'un peu d'alun.

Là se bornent les soins à donner à la femme enceinte qui n'a d'autres troubles dans ses fonctions que ceux occasionnés par le grossissement graduel de son ventre. Mais, malheureusement, la santé ne reste pas toujours aussi parfaite pendant tout le cours de la grossesse. Voyons donc, à présent, quelles sont les maladies qui peuvent venir troubler cet état physiologique, et quels remèdes nous avons à opposer à chacune d'elles.

Pathologie de la grossesse.

Il ne peut être question ici, bien entendu, de toutes les maladies qui pourraient compliquer la grossesse ; nous ne nous occuperons que de celles qui lui appartiennent presque spécialement, parce qu'elles se rattachent à elle comme effet plus ou moins direct.

1° Lésions de la digestion.

Ce sont : l'anorexie, le pica, la gastralgie, le vomissement, la constipation et la diarrhée.

Anorexie. — Avant de rien prescrire, il faut

voir s'il y a ou non état saburral de la langue. Dans le premier cas, on donne un léger purgatif; par exemple, 2 à 4 grammes de rhubarbe, 2 grammes de magnésie calcinée, ou 8 à 10 grammes d'huile de ricin. — Dans le second cas, c'est évidemment à un trouble purement nerveux de l'estomac qu'on a affaire, et alors il n'y a qu'à essayer d'une infusion amère ou aromatique quelconque, en attendant que les progrès mêmes de la grossesse ramènent de l'appétit.

Pica. — C'est un état nerveux contre lequel les remèdes échouent généralement, et, d'un autre côté, s'adresser à la raison de la femme est inutile; elle a réellement, dans le moment, l'esprit un peu dérangé, et elle est conséquemment sourde aux bons conseils qu'on lui donne. Quand la grossesse n'en sera plus à son début, la dépravation du goût disparaîtra d'elle-même. En attendant, il faut veiller attentivement à ce que nulle matière nuisible ne reste à la portée de la femme, et lui permettre l'usage modéré des substances qui contiennent quelques principes alibiles. S'il y y avait chloro-anémie prononcée, peut-être les amers, les vins généreux et les préparations de fer donneraient-ils un bon résultat.

Gastralgie. — Cette affection que caractérisent, ici comme ailleurs, des crampes, des aigreurs, de la dyspepsie, de la constipation, etc., a besoin d'être traitée sans délai, attendu que, si elle était intense et de longue durée, elle pourrait bien déterminer l'avortement. Les moyens à employer

sont : la magnésie à dose de 1 à 2 grammes, chaque matin ; 3 ou 4 pastilles de Vichy par jour ; un peu de sous-nitrate de bismuth (60 centigr.) un quart d'heure avant chaque repas ; de l'eau de Seltz avec le vin ; un vésicatoire morphiné sur la région épigastrique ; du sirop de morphine à l'intérieur, seul ou mieux uni à parties égales de sirop d'écorce d'orange amère ; mais, en même temps, l'usage journalier de lavements mucilagineux, pour combattre la constipation qui suffit souvent à entretenir la maladie.

Vomissements. — S'il n'y a qu'un ou deux vomissements *glaireux* par jour, c'est un accident insignifiant auquel il n'y a à opposer qu'une infusion aromatique (thé, mélisse, feuille d'oranger, camomille, etc.), et une exhortation à un peu de patience ; car il est rare qu'au 4e ou 5e mois de la grossesse, ce trouble sympathique de l'estomac persiste.

Mais, si les vomissements se répètent souvent dans la journée, s'ils deviennent bilieux et s'ils font rejeter presque tout ce que la femme a ingéré d'aliments aux repas, ce n'est plus un accident insignifiant, mais bien, au contraire, un phénomène pathologique des plus sérieux, qui peut tuer la mère par inanition et épuisement nerveux, — et l'enfant par trouble dans la circulation utérine ou par hémorrhagie et expulsion prématurée. Car c'est un fait bien curieux, observé par la plupart des accoucheurs, — que l'enfant ne meurt peut-être jamais d'inanition comme sa mère. Si

celle-ci, malgré ses souffrances et son émaciation extrême, peut être conduite jusqu'à terme, elle met généralement au monde un enfant bien développé et en bon état, — comme si le fœtus vivait dans la matrice d'une vie indépendante de celle de sa mère.

Les *moyens de traitement* du vomissement *incoercible* sont nombreux, et encore échouent-ils tous dans bien des cas, tant le spasme de l'estomac est rebelle chez certaines femmes nerveuses.

Il faut commencer par essayer de l'action des infusions aromatiques (menthe, mélisse, feuilles d'oranger, etc.); des limonades gazeuses au citron ou à la groseille ; de la potion de Rivière ou de De Haen ; du sirop d'éther; du sirop de morphine ; des boissons glacées prises par petites gorgées, mais continuées un certain temps sans relâche, ou de petits morceaux de glace avalés entiers ; puis, on aura recours à la teinture de noix vomique, donnée par 2 gouttes toutes les heures, dans une cuillerée d'eau sucrée ; — à l'application sur l'épigastre d'un petit vésicatoire à l'ammoniaque, qu'on pansera de suite avec du chlorhydrate de morphine ; — à des quarts de lavements fortement opiacés (de 30 à 40 gouttes de laudanum dans chaque) ; — mieux encore aux injections hypodermiques morphinées ; — et, enfin, à l'ingestion d'eau-de-vie, de rhum, ou de vin de champagne frappé ou non, jusqu'à commencement d'ivresse (Rayer, Moreau, P. Dubois).

Le Dr Mauny (de Mortagne), dans un remar-

quable mémoire que l'Académie de médecine a jugé digne du prix Barbier, a prouvé par de nombreuses observations qu'on réussit presque à coup sûr en cautérisant le col de la matrice avec le caustique de Filhos ou seulement l'azotate d'argent.

Enfin, le Dr Edw. Coperman, de Norwich, a fait savoir, tout récemment, que, dans plusieurs cas, il avait réussi, d'abord sans le vouloir, puis avec intention, en dilatant de force le col utérin, avec le doigt poussé jusqu'à toucher l'œuf.

Ces deux derniers moyens ne sauraient être perdus de vue. Nous les recommandons à l'attention des praticiens.

Mais il faudrait avoir soin, en même temps, de diviser les repas, de les rendre peu copieux chacun, mais plus nombreux; et voir encore si par hasard les aliments ne seraient pas mieux supportés froids que chauds.

Mais supposons que tous ces moyens aient échoué, que fera-t-on ? S'autorisant de faits assez nombreux où l'on voit l'expulsion accidentelle du produit mettre immédiatement fin aux spasmes de l'estomac, devra-t-on provoquer l'avortement ? Aujourd'hui que nous avons sous les yeux le travail si complet que Paul Dubois a lu à l'Académie de médecine (1), lors de la solennelle discussion sur les accidents qu'entraînent les vomissements

(1) Paul Dubois, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1852, t. XVII, p. 557.

incoercibles et sur l'indication de provoquer alors l'avortement, nous abandonnons complétement notre première opinion à ce sujet. Avec Chailly, Paul Dubois et Grisolle, nous pensons donc qu'il faut provoquer l'avortement, et encore mieux l'accouchement prématuré : 1° lorsque les vomissements sont presque incessants et que la femme rejette tout aliment et toute boisson ; 2° lorsqu'il y a un amaigrissement et une faiblesse tels, que la malade est condamnée à un repos absolu ; 3° lorsque des syncopes surviennent à l'occasion du moindre mouvement ou même de l'émotion la plus légère ; 4° lorsque les traits sont profondément altérés ; 5° lorsqu'il existe une réaction fébrile forte et continue (le pouls à plus de 120) ; 6° lorsque la bouche est chaude et l'haleine excessivement acide, et que, toutes les médications ayant été épuisées, le médecin semble être complétement désarmé. Dans son *Traité de pathologie interne* (7e édition, t. II, p. 769), Grisolle dit que, dès 1857, l'avortement provoqué avait déjà sauvé la vie à une dizaine de femmes qui, par cause de vomissements, semblaient vouées à une mort inévitable.

Du reste, pour ce qui est de la limite de l'expectation, c'est une affaire de tact de la part de l'accoucheur, qui, — tout en se rappelant que Burns, Chomel, Dubois, Moreau, Cazeaux, etc., ont vu des femmes, réduites pourtant au dernier degré de marasme, se refuser à l'opération, arriver jusqu'à terme et guérir, — n'oubliera pas non

plus qu'il manquerait à son devoir le plus sacré s'il attendait, pour agir, que sa malade fût dans un état complétement désespéré.

Constipation. — La constipation entretenant l'anorexie et s'accompagnant souvent de troubles nerveux qui pourraient réagir sur l'utérus et provoquer l'avortement, il faut chercher à la vaincre par l'usage répété de lavements mucilagineux ou même huileux, et, s'ils ne suffisent pas, par l'administration, de temps à autre, de 6 ou 8 grammes d'huile de ricin, ou de 2 à 4 grammes de magnésie ou de rhubarbe.

Pour administrer avec avantage des lavements aux femmes un peu avancées dans leur grossesse, il est presque indispensable d'ajuster à la canule de la seringue ou du clysopompe un tube élastique assez long pour que son extrémité puisse arriver jusqu'au-dessus de la partie du gros intestin comprimée par le segment inférieur de l'utérus. Sans cette précaution, les lavements ne sont qu'incomplétement reçus et, la plupart du temps, ne ramènent rien ou presque rien avec eux.

Diarrhée. — La diarrhée est bien plus rare que la constipation chez les femmes enceintes. Cependant on l'observe encore assez souvent, surtout dans les premiers mois. Sitôt qu'elle apparaît, il faut la combattre activement, car elle dispose beaucoup à l'avortement. Par la diète, quelques tasses d'eau de riz gommée et tiède, et des quarts de lavements laudanisés, on en vient, en général,

très-facilement à bout. Si, par hasard, cela ne suffit pas, on prescrit quelque astringent.

2° Lésions de la respiration.

Dyspnée. — La dyspnée qui incommode la plupart des femmes dans les derniers temps de la gestation a pour cause ordinaire le grand développement de l'utérus, qui gêne le redressement du diaphragme et, par suite, la libre ampliation des poumons ; mais elle peut bien aussi, dans certaines circonstances, ne tenir uniquement qu'à l'état chloro-anémique du sujet. Dans le premier cas, l'accouchement seul peut la faire cesser ; dans le second, on peut, en attendant la délivrance, rendre l'anhélation moins pénible par les amers, les ferrugineux et un régime tonique. Si la gêne de la respiration est extrême, une saignée déplétive, dans l'un et l'autre cas, serait parfaitement indiquée.

3° Lésions de la circulation.

Pléthore vraie et *pléthore fausse* ou *hydrémie.* — « Pendant la grossesse, et surtout dans la se-
« conde moitié, la circulation générale est presque
« toujours plus active ; et cette activité plus grande
« se manifeste par de la fréquence dans le pouls,
« qui souvent même est plus dur et plus plein
« que d'ordinaire. Cet état peut être considéré
« comme l'état normal. Mais il s'exagère dans
« quelques cas et devient la cause de phénomènes

« qui constituent un léger état morbide. Ainsi, « quelquefois, les femmes éprouvent en même « temps des vertiges, des éblouissements, des tin- « tements d'oreilles, des rougeurs subites à la face, « des chaleurs spontanées par tout le corps et « surtout à la tête. Si, dans ces conditions, on pra- « tique une saignée, le sang que l'on tire de la « veine offre parfois un caillot volumineux, con- « sistant, avec peu de sérosité; mais, bien plus « souvent, un caillot petit, assez mou et nageant « dans beaucoup de sérosité. » (Cazeaux.)

Voilà donc deux états, identiques par la forme, mais bien différents au fond, et qu'il serait de la plus haute importante de distinguer nettement l'un de l'autre dans la pratique, puisque le traitement qui convient à l'un ne convient pas à l'autre. Dans l'un, il y a pléthore vraie, qui doit être traitée par la saignée générale et un régime peu substantiel; dans l'autre, il y a pléthore fausse ou hydrémie, qui demande l'usage des amers, des ferrugineux et d'un régime tonique.

Mais comment arriver à les distinguer? Si l'on a cru devoir pratiquer une saignée, pour combattre la céphalalgie, l'oppression ou les palpitations, — rien n'est plus facile, par la seule analyse du sang obtenu, qui, dans un cas, donnera une grande quantité de globules et peu d'eau, et, dans l'autre, tout le contraire, très-peu de globules et beaucoup d'eau. Mais si l'on n'a pas de sang à analyser, le diagnostic devient souvent fort difficile. Néanmoins, tenant compte de ces trois proposi-

tions si bien démontrées par les belles recherches hématologiques de MM. Andral et Gavarret (1), Becquerel et Rodier (2), Cazeaux, etc. : 1° que chez la plupart des femmes enceintes, dans les 4 premiers mois, et surtout dans les 3 derniers, le sang devient pauvre en globules (en même temps qu'en albumine, du reste), et riche en sérosité; — 2° que les troubles fonctionnels qu'on attribuait toujours autrefois à la pléthore vraie, chez ces mêmes femmes, sont dus bien plus souvent à l'hydrémie, comme chez les chlorotiques ordinaires; — 3° enfin que si la pléthore vraie se montre çà et là, durant la grossesse, chez des femmes constitutionnellement sanguines, la pléthore fausse est infiniment plus commune, la règle, en un mot, et non pas l'exception; — on ne se laissera pas tromper par l'apparence symptomatique; on songera d'abord à un état chloro-anémique, et l'on essaiera des amers, des ferrugineux et des toniques, avant d'en venir à la saignée. Ou, si l'on commence par celle-ci pour diminuer les pesanteurs de tête, les vertiges, l'oppression, etc., on s'empressera ensuite de reconstituer le sang sur de meilleures bases par un bon régime, des vins généreux, des amers et du fer surtout. — La saignée, du reste, chez les

(1) Andral et Gavarret, *Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang dans les maladies.* Paris, 1842. — *Essai d'hématologie pathologique.* Paris, 1843.

(2) Becquerel et Rodier, *Recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et de maladie.* Paris, 1844

femmes enceintes, doit être tout au plus de 250 à 300 grammes, quitte à y revenir plus tard, et, surtout, *ne pas entraîner la syncope.*

Pléthore locale de l'utérus. — La pléthore utérine, que caractérisent un sentiment de pesanteur, de tension, de gêne dans le bas-ventre et les aines; des douleurs de reins; des tranchées utérines, etc., peut être une dépendance de la pléthore générale et, par conséquent, s'observer chez les femmes sanguines, à règles ordinairement abondantes; mais on la voit bien plus souvent naître sous l'influence de la chloro-anémie, d'un état nerveux général et de l'albuminurie.

Dans tous les cas, c'est surtout durant la première moitié de la grossesse et aux époques où les règles devraient paraître, que la congestion utérine se manifeste. Or, pendant sa durée, le fœtus lui-même a sa circulation troublée, embarrassée; s'il avait déjà donné signe de vie, ses mouvements deviennent plus rares, plus faibles et quelquefois nuls; et, si l'on ne vient au secours de la femme, l'avortement est imminent.

Que la femme soit pléthorique vraie ou fausse, le meilleur moyen de faire cesser l'état dangereux où se trouve le fœtus est la saignée du bras, déplétive et révulsive tout à la fois; mais elle doit ne pas dépasser 250 grammes et être faite de manière à éviter la syncope.

Après cela, le traitement est subordonné à l'état général de la femme. Si elle est de nature réellement pléthorique, on lui prescrit des manuluves

sinapisés, des sinapismes entre les épaules, des ventouses sèches sur le haut de la poitrine, le repos horizontal, une boisson un peu laxative et un régime ténu. Tandis que si elle est chloro-anémique, nerveuse ou albuminurique, tout en appliquant des sinapismes entre les épaules et des ventouses sur la poitrine, on se hâte de donner, non plus des débilitants, mais des amers, des ferrugineux et des aliments substantiels. Cazeaux dit avoir dû au fer, administré dès le début de la grossesse, de voir un grand nombre de ses clientes, qui avaient déjà fait plusieurs fausses couches, arriver jusqu'à terme et accoucher heureusement. Il est vrai qu'il leur faisait aussi garder le repos horizontal, sur une chaise longue, tant que l'époque des avortements antérieurs n'était pas passée.

Varices, hémorrhoïdes et *œdème.* — Lorsque ces maladies, qui tiennent à de la gêne dans la circulation, soit de la veine porte, soit des veines iliaques, restent à un degré modéré, elles ne présentent aucun danger et ne demandent même pas de soins particuliers. Dans le cas contraire, on oppose : aux *varices,* une compression douce et uniforme à l'aide d'une bande de flanelle ou d'un bas élastique ; aux *hémorrhoïdes,* des laxatifs, des lavements frais et des bains de siége froids; et à l'*œdème*, des frictions et des lotions toniques. De plus, si les jambes sont très-infiltrées, il faut conseiller aux femmes de se tenir debout immobiles le moins possible et même de marcher peu, et, quand elles sont assises, de faire usage d'un *sans-*

façon ou d'une seconde chaise un peu basse, qui puisse soutenir leurs jambes allongées. Ce n'est que lorsque la peau est excessivement tendue qu'on doit songer à la ponctionner, et encore avec une très-fine aiguille.

Mais tous ces moyens ne sont évidemment que des palliatifs, l'accouchement seul pouvant mettre un terme à ces misères.

Excroissances aux parties génitales. — Elles ont tout à fait la forme et les apparences des végétations syphilitiques connues sous le nom de choux-fleurs. Sans doute, elles peuvent tenir parfois au virus vénérien; mais, bien souvent aussi, elles ne sauraient être attribuées à cette cause spécifique. Il est avéré aujourd'hui qu'il peut se développer de pareilles excroissances sous la seule influence de la grossesse. Du reste, elles sont alors faciles à guérir, soit par quelques cautérisations au moyen de l'azotate d'argent ou du nitrate acide de mercure, soit simplement par des applications d'un mélange de poudre de Sabine et d'alun, et plus simplement encore par des fomentations émollientes et des soiens de propreté. Car, il est démontré que les végétations du vagin, chez les femmes enceintes, disparaissent ordinairement seules, après l'accouchement. Y toucher pendant la grossesse est donc inutile (A. Guérin). En 1859, il nous a été donné d'en observer un cas à l'hôpital des Cliniques, dans le service de P. Dubois, et, comme l'avait annoncé tout d'abord cet éminent praticien, ces choux-fleurs, bien qu'énormes

(ils occupaient la partie postérieure des grandes lèvres et tout le périnée), guérirent très-vite, sans opération aucune, sans cautérisations, rien que par des topiques émollients et des soins de propreté.

4° Lésions des sécrétions et excrétions.

Ptyalisme. — Tant que la perte de salive ne dépasse pas une certaine limite, il n'y a rien à faire, mais si elle va jusqu'à entraîner du dépérissement, on doit essayer d'un léger purgatif salin, de gargarismes astringents et du séjour prolongé dans la bouche soit de fragments de glace, soit de petits morceaux de sucre candi, — moyens qui ont été quelquefois, dit-on, couronnés de succès. Mais, bien plus souvent, la femme n'aura qu'à s'armer de patience et à attendre la fin du 3e mois de sa grossesse, époque à laquelle le ptyalisme cesse ordinairement de lui-même.

Gengivite. — Dans un très-intéressant petit mémoire du Dr Pinard que nous venons de lire dans le n° de février (1877) du *Bulletin de thérapeutique*, cet habile et infatigable chercheur affirme que, sur 75 femmes enceintes ou venant d'accoucher, il n'en a pas trouvé moins de 45 avec les gencives malades, rouges, gonflées et disposées à saigner. Chez quelques-unes même, les dents branlaient un peu et étaient comme chassées de leurs alvéoles.

Cette singulière affection, qui ne peut tenir évidemment qu'à la pression sanguine qui accompa-

gne l'état de grossesse, serait bien plus commune, du reste, chez les multipares que chez les primipares.

Elle débuterait ordinairement vers le 4e mois de la grossesse, et ne disparaîtrait qu'un mois ou deux après l'accouchement, un peu plus tôt si la femme n'allaite pas.

Qu'opposer à cette sorte de gengivite? Selon le Dr Pinard, la teinture d'iode étendue et le glycérolé au tannin améliorent le mal, mais ne le guérissent que rarement. On le guérit, au contraire, très-vite, en 12 ou 15 jours, par le moyen suivant : Après avoir enlevé, du collet des dents, le tartre qui peut s'y trouver, on touche les gencives, partout où elles sont malades, avec un pinceau d'ouate imbibé d'une *solution d'hydrate de chloral dans parties égales d'alcoolat de cochléaria*. On répète cette petite cautérisation tous les jours ou au moins tous les deux jours, et il est bien rare qu'après trois semaines la guérison ne soit pas complète.

Albuminurie et urémie. — L'albuminurie des femmes enceintes présente cela de particulier qu'elle s'accompagne très-rarement d'hyperhémie du rein, et qu'elle consiste uniquement en une altération du sang dont l'albumine s'en va peu à peu. Et cela est si vrai que, la plupart du temps, la maladie disparaît d'elle-même après l'accouchement, au lieu d'offrir cette ténacité désolante qu'elle montre dans la vraie maladie de Bright. Toutefois, il y a réellement des cas avec néphrite,

et alors, on le conçoit, l'albuminurie survit à l'accouchement.

Tant qu'a régné la théorie de Frérichs, le sang des femmes enceintes dont les urines contenaient beaucoup d'albumine a été considéré comme se chargeant d'urée à mesure qu'il se dépouillait de son albumine. Et cela admis, on expliquait très-bien par le seul excès d'urée dans le sang (*urémie*) les divers symptômes nerveux qui accompagnent l'albuminurie : *céphalalgie*, *amaurose*, *paralysies*, *contractures*, *convulsions éclamptiques*, etc. Mais malheureusement, cette théorie a été battue en brèche, comme nous le dirons tout à l'heure, en parlant de l'éclampsie, et aujourd'hui les femmes enceintes albuminuriques sont loin d'être considérées toutes comme réellement *urémiques*.

Quoi qu'il en soit, dans les cas légers d'albuminurie, quand il n'y a pas grande infiltration du tissu cellulaire, le *pronostic* n'est pas grave ; mais il n'en est plus de même quand l'infiltration est générale et considérable ; car il y a alors imminence d'éclampsie et, par conséquent, grand danger pour la mère et pour l'enfant.

Le *traitement* est simple. A moins de forte congestion rénale, pas de saignée, — mais, tout au contraire, une médication tonique, savoir : *une bonne nourriture animale*, des *vins généreux*, des *amers*, du *quinquina* et du *fer*. Le sang est appauvri; c'est à le refaire qu'on doit viser avant tout.

Leucorrhée. — Dans les derniers mois de leur

grossesse, beaucoup de femmes ont un écoulement vaginal abondant, blanc ou verdâtre, sans avoir pour cela rien de syphilitique. C'est tout simplement une vaginite granuleuse, qu'on peut reconnaître, du reste, au toucher, et, à plus forte raison, à la vue. Il n'y a là rien de grave assurément; cependant, comme l'écoulement, s'il est abondant, entretient des troubles digestifs, de la gastralgie entre autres, il est sage de s'en occuper. La femme, qui a une chaleur âcre dans les parties génitales, est, d'ailleurs, la première à demander des soins. Or, le traitement consiste toute bonnement en bains, lotions ou injections à l'eau blanche, et pansement avec interposition, entre les grandes lèvres exulcérées, d'un petit linge fin enduit de cérat de Goulard. Mais ce ne sont là généralement que des palliatifs, l'accouchement seul pouvant mettre fin à la maladie.

Hydropisie de l'amnios (*hydramnios*). — Cette hydropisie, qui est bien plus commune chez les multipares que chez les primipares, ne se montre guère que dans le cas de grossesse gémellaire; puis, elle ne survient pas généralement avant le 5e mois de la grossesse.

Est-elle, comme le pense le docteur Mercier, le résultat d'une inflammation de la membrane amnios? C'est assez probable; mais ce n'est pas encore suffisamment prouvé.

Toujours est-il que, dès que cette hydropisie devient considérable, elle peut mettre en danger et la mère et l'enfant : la mère, par une gêne

extrême de la respiration ; — l'enfant, d'abord par l'obstacle apporté à sa nutrition, les membranes prenant pour elles les matériaux nutritifs dont il a besoin, puis par le développement de contractions utérines prématurées qui amènent l'avortement. L'hydramnios mérite donc toute l'attention du médecin.

On a conseillé, dans le but d'enrayer la marche de la maladie, la *diète sèche*, les *bains froids*, les *diurétiques* et les *sudorifiques*. Mais ces moyens sont presque toujours restés sans résultat avantageux. Ordinairement, en effet, quoi que l'on fasse, le mal augmente jusqu'à ce que, par excès de distension, l'utérus se contracte et chasse eau et fœtus tout ensemble. On pourrait cependant prévenir, dans certains cas, ce mode fâcheux de terminaison, en ponctionnant l'œuf, soit par l'orifice utérin, si cet orifice se présentait bien pour cela, soit au travers du segment inférieur de l'utérus ; dans le premier cas, on se servirait de la sonde à dard de Meissner, et, dans le second, d'un grand trocart courbe ordinaire. Avec la sonde à dard, on irait, suivant le conseil de Guillemot, attaquer les membranes assez loin du col, après les avoir décollées de l'utérus dans l'espace d'au moins quelques centimètres, et, de cette façon, on pourrait modérer à son gré la sortie du liquide ; on n'en laisserait couler que le trop plein, que juste ce qu'il faudrait pour empêcher l'utérus de s'agacer et d'entrer en contractions prématurées ; et, la femme étant ensuite tenue au lit et dans un repos

absolu pendant quelques jours, on abandonnerait la grossesse à elle-même. — Si l'on ponctionnait l'utérus, en avant de la base du col, à l'aide du trocart, on aurait à prendre absolument les mêmes précautions. Cette dernière opération est bien plus facile, bien plus simple que la première; mais n'est-elle pas plus dangereuse?

Hydrorrhée. — Les Allemands ont donné ce nom à de petites pertes d'eau qui surviennent particulièrement dans les derniers mois de la grossesse, sans contractions utérines et sans menace manifeste d'avortement. L'accident est très-rare, en effet, au commencement de la grossesse; cependant Cazeaux en avait observé un cas entre le 3e et le 4e mois, et, depuis lui, nous en avons observé nous-même deux nouveaux cas, également vers la fin du 4e mois.

Il n'y a pas de prodromes; la femme est bien portante, et tout à coup elle se sent mouillée; pas de douleurs ni avant ni après l'écoulement; parfois, néanmoins, si la déplétion se fait par flot un peu considérable, il peut y avoir quelques légères contractions utérines.

L'eau qui s'écoule est ordinairement un peu jaune et dans quelques cas teinte d'un peu de sang; puis, elle laisse sur le linge des taches roides et d'une odeur spermatique assez prononcée.

D'où vient cette eau? On a émis à ce sujet un assez grand nombre d'opinions plus ou moins ingénieuses. Mais la seule admissible, suivant nous,

est celle adoptée par Nægelé et Grenser (1), Cazeaux et P. Dubois, qui pensent que ce liquide est un produit de sécrétion de la face interne de l'utérus, produit qui s'accumule lentement entre cet organe et l'œuf décollé quelque part, et s'échappe enfin au dehors, dès que le décollement des membranes est arrivé jusqu'à l'orifice interne.

Le traitement consiste à faire garder de suite à la femme, dès que l'accident paraît, le repos le plus absolu dans la position horizontale, et à lui éviter, en même temps, toute secousse morale. Si, malgré cela, il survenait quelques contractions utérines, on ajouterait à ces précautions l'usage de quarts de lavements *laudanisés*. — Dans tous les cas, on ne doit permettre à la femme de se lever et marcher que lorsque l'écoulement est bien terminé depuis déjà quelques jours.

Il ne nous semble pas possible qu'on prenne jamais cet écoulement pour un commencement de travail, avec rupture de la poche des eaux. Le toucher suffirait seul, du reste, à faire éviter une semblable erreur.

Quant au pronostic, il n'est pas grave; nos deux clientes, comme celle de Cazeaux, ont mené leur grossesse à bonne fin.

5° Lésions de la locomotion.

Relâchement et inflammation des symphyses pelviennes. — Si le relâchement de ces symphyses,

(1) Nægelé et Grenser, *Traité pratique de l'art des accouchements*, trad. par Aubenas.

qu'on n'observe que dans les deux derniers mois de la grossesse, est peu considérable, il gêne à peine la femme et passe inaperçu; mais s'il est porté au point de permettre un jeu sensible des surfaces articulaires, c'est alors une véritable maladie qui rend la marche et même la station debout très-pénibles et peut entraîner, d'un moment à l'autre, le développement d'une inflammation grave des ligaments et cartilages des symphyses relâchées.

Dès que la femme enceinte s'aperçoit d'un jeu inaccoutumé dans ces articulations, avec incertitude des mouvements et douleurs plus ou moins vives, il faut lui conseiller le repos horizontal jusqu'à l'accouchement ; et, après, s'occuper de rendre aux ligaments toute leur solidité première par le repos toujours, mais aidé, cette fois, d'applications résolutives, de douches froides et salines, de vésicatoires volants et d'un bandage circulaire solidement appliqué. Mais ces moyens doivent être continués longtemps; car la guérison est ici très-lente. Dans beaucoup de cas elle s'est fait attendre 8 mois et plus. — Si, après cela, il restait encore dans les symphyses une mobilité gênante, il faudrait prescrire l'usage continu de la ceinture d'acier de M. Ferd. Martin et beaucoup de précautions dans la marche.

6° Lésions de l'innervation.

Dérangement des facultés sensoriales, affectives et intellectuelles. — Toutes ces facultés sont par-

fois troublées pendant la grossesse, comme elles le sont si souvent chez les filles chlorotiques. C'est que, chez les femmes enceintes, il y a généralement, ainsi que nous l'avons dit, la même altération du sang que chez les filles à *pâles couleurs*. Il n'est donc pas étonnant qu'on observe chez les premières les mêmes troubles fonctionnels que chez les secondes; savoir : vertiges, éblouissements, syncopes, dépravations du goût, amaurose, surdité, perversion du caractère, antipathies inexplicables pour des personnes chéries dans l'état ordinaire, impatiences, colères, manies, tristesse, morosité, découragement, désespoir, etc.

Si la cause gît réellement dans un appauvrissement du sang (moins de globules et plus d'eau), il est évident que les ferrugineux, les amers, une nourriture tonique et un exercice bien entendu, à la campagne surtout, seront les seuls moyens sur lesquels on pourra compter ; et, s'ils échouent, il n'y aura plus rien à faire qu'à attendre l'accouchement, qui ramènera très-certainement les fonctions dérangées à leur état normal.

Prurits vulvaires. — Quelques femmes enceintes sont mises au supplice par des prurits vulvaires intolérables et dont il faut, par conséquent, s'occuper. En attendant la délivrance, qui les fera sûrement disparaître, on leur opposera les bains tièdes répétés, des lotions fréquentes avec l'eau de Saturne ou de borax et, mieux encore, avec une dissolution très-chaude de sublimé corrosif.

Une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten dans un demi-verre d'eau suffit. Lotions à répéter deux ou trois fois par jour. Souvent, dès la 3e journée, le prurit a disparu.

Le liniment suivant, préconisé par le Dr Debout contre les démangeaisons en général,

Prenez :	Glycérine anglaise.....	20,00
	Chloroforme.....	0,50
	Teinture de safran.....	0,50

Et mêlez exactement.

pourra produire aussi de bons effets.

Enfin, M. Gros dit avoir réussi avec la fumée de tabac retenue sous les draps; deux fumigations suffirent dans un cas.

Mais ce qui sera encore plus efficace, c'est le moyen employé de préférence par Paul Dubois, *la cautérisation avec l'azotate d'argent*. Une pratique de vingt ans a démontré à M. Dieudonné, de Bruxelles, que ce moyen est sans contredit celui qui a le plus de succès contre la pénible affection dont il s'agit. Le prurit ayant généralement pour siége le clitoris, les petites lèvres et la marge de l'anus, c'est sur ces parties qu'il faut promener le crayon de nitrate d'argent. « Nous sommes telle-« ment convaincu de la puissance de cet agent, « dit M. Dieudonné, que nous n'hésitons pas à pro-« mettre une guérison sûre et rapide (après deux « cautérisations au plus) aux malades qui veulent « bien s'y soumettre et renoncer à l'essai d'une « foule de médications qui sont presque toujours « sans résultats. »

Douleurs utérines, rhumatisme utérin. — A cet accident, qui est rare, il faut opposer le repos, les bains, les lavements fortement laudanisés, et même la saignée générale, si les douleurs sont assez vives pour faire redouter l'avortement.

Vertiges, éblouissements, syncopes. — Ces accidents dépendent habituellement de la pléthore vraie, ou, ce qui est bien plus fréquent, d'une grande susceptibilité nerveuse naturelle et qui s'accroît encore, pendant la grossesse, à mesure que le sang s'appauvrit.

Dans le premier cas, le meilleur moyen à employer pour prévenir le retour de l'indisposition est évidemment la saignée du bras. Dans le second cas, c'est aux amers, aux ferrugineux et à un bon régime qu'il faut recourir. Quant aux moyens de faire cesser, chez une femme enceinte, une syncope existante dans le moment, ils sont ceux employés d'ordinaire, savoir : eau froide jetée vivement au visage, vinaigre ou alcali sous les narines et décubitus horizontal.

Eclampsie ou convulsions puerpérales. — L'éclampsie s'observe ordinairement pendant le travail de la parturition, ou immédiatement après; mais, comme elle peut aussi se manifester pendant les trois derniers mois de la grossesse (elle est excessivement rare dans les six premiers), nous allons placer ici sa description succincte, quitte à revenir plus tard sur quelques particularités de son traitement au moment de l'accouchement.

On appelle *éclampsie*, chez les femmes en cou-

ches, une maladie caractérisée par des accès convulsifs, avec extension des membres, et par une abolition complète des facultés sensoriales et intellectuelles.

Elle ne se montre guère que chez des primipares; à une seconde couche, elle est déjà très-rare; à plus forte raison, à une troisième.

Elle est ensuite, chose remarquable! toujours précédée et accompagnée d'un état albuminurique des urines. C'est un fait parfaitement avéré aujourd'hui que toutes les femmes enceintes éclamptiques sont albuminuriques; ce qui ne veut pas dire, pourtant, que toutes les albuminuriques soient éclamptiques; il n'y en a guère qu'une sur cinq.

Frérichs, ayant cru remarquer que chez les femmes albuminuriques et mortes d'éclampsie, il y avait toujours une trop forte proportion d'*urée* dans le sang, avait considéré l'éclampsie comme une névrose de la pire espèce résultant d'une *intoxication urémique*, d'un empoisonnement du sang *par l'urée*, ou tout au moins par une transformation de ce principe toxique, *par du carbonate d'ammoniaque*. Mais cette théorie, admise longtemps, a été, dans ces dernières années, battue en brèche, par Traube d'abord, puis par Rosenstein, qui, ne trouvant pas trace d'urée ni même de carbonate d'ammoniaque, chez beaucoup de femmes éclamptiques mortes pendant leur attaque, — mais bien toujours dans leur substance cérébrale de l'œdème et de l'anémie, — ont émis l'opinion qui

a cours aujourd'hui, que les convulsions dites éclamptiques, chez les femmes enceintes ou en travail, sont dues à une sorte d'œdème ou plutôt d'anémie du cerveau. Et ils expliqueraient cette altération organique par une action exagérée du ventricule gauche du cœur, envoyant dans la pulpe cérébrale une trop grande quantité de ce sang faible et trop aqueux que finit par avoir toute albuminurique.

Pour le moment, cette nouvelle théorie, nous le répétons, semble avoir détrôné celle de Frérichs; mais le dernier mot, évidemment, sur un sujet aussi délicat, est loin d'être dit. Et il est plus que probable que, dans l'avenir, l'état maladif connu sous le nom d'*éclampsie* sera divisé en plusieurs genres, au point de vue anatomo-pathologique. (Schröder, *Accouchements*, trad. par Charpentier.)

Le nombre des accès constituant une attaque n'est pas de moins de deux; mais il peut aller jusqu'à soixante et plus.

Le premier accès est toujours le moins violent et le plus court; les autres sont de plus en plus longs et effrayants.

La durée du premier accès n'est pas de plus d'une à deux minutes; mais celle des derniers peut être de cinq à sept.

Enfin, les intervalles des accès sont variables aussi de quelques minutes à quelques heures. Dans le premier cas, il n'y a pas de reprise de lucidité, la femme reste dans le coma en attendant un nouvel accès. Dans le second, il y a lucidité plus

ou moins complète, mais ne revenant que peu à peu.

Peut-on confondre l'éclampsie avec une autre névrose, avec l'*épilepsie*, par exemple, qui lui ressemble le plus ? Non ; car dans l'épilepsie les accès ne sont pas aussi répétés, ne sont pas suivis d'un coma aussi profond et aussi prolongé, et, enfin, il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Quant à l'*hystérie*, elle ne s'accompagne pas d'une abolition complète des sens et de l'intelligence; et cela seul suffit à la distinguer de l'éclampsie.

Et puis, enfin, il y a pour servir encore le diagnostic différentiel, le fait même de la grossesse.

Quand donc, chez une femme arrivée aux derniers mois de sa grossesse, et mieux encore au commencement du *travail*, on verra survenir de violentes convulsions, analogues à celles de l'épilepsie, avec prédominance de contraction dans les muscles *extenseurs*, roideur de tout le corps, renversement des globes oculaires, lèvres en mouvement, mâchoires serrées, tête inclinée d'un côté ou de l'autre, écume souvent sanguinolente à la bouche, et, enfin, avec abolition complète des facultés sensoriales et intellectuelles, on saura qu'on assiste à un accès d'éclampsie, à un accident qui, s'il se répète un grand nombre de fois et à courts intervalles, va faire courir un très-grand danger à la mère et à son enfant.

L'éclampsie, en effet, tue, en moyenne, une

femme sur trois et un enfant sur deux. C'est donc une maladie d'une gravité extrême. Selon M. Depaul, l'éclampsie tue le fœtus, non pas en faisant participer l'utérus aux convulsions générales, mais en amenant, chez la mère, un état d'asphyxie intermittent. Il n'aborde alors dans les parois de la matrice qu'un sang noir, altéré, impropre à la vie de l'enfant (1).

Traitement. — Quand on sait qu'une femme enceinte est albuminurique, nerveuse, et, par conséquent, disposée à l'éclampsie, on doit songer à prévenir, chez elle, le développement de cette dangereuse affection; et pour cela, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de lui prescrire des bains tièdes répétés, des amers, du fer et une alimentation fortifiante; et, aux approches du travail, outre tout cela, un peu d'opium en potions et mieux encore en lavements. On a soin de veiller aussi à ce que la femme urine quand elle en a besoin, car l'agacement de tout le système nerveux naît souvent d'un agacement particulier de la vessie.

Mais, dès que les convulsions sont déclarées, il y a autre chose à faire.

S'il arrive pendant l'accès, le médecin doit tout d'abord s'occuper de la langue, pour empêcher qu'elle ne soit mordue; et, à cet effet, il tâche de glisser et de maintenir entre les mâchoires un coin

(1) Discussion sur l'opération césarienne *post mortem*. *Bulletin de l'Académie de médecine*, avril 1861, t. XXVI, p. 553.

de bois mou et non un simple bouchon, qui ne résisterait pas assez. Puis, il s'occupe de vider la vessie, si elle lui paraît distendue. Et enfin, il charge l'un des assistants de contenir la malade sur son lit. Ce n'est pas qu'elle ait des mouvements désordonnés ; mais, à chaque contraction tétanique qui s'empare d'elle, elle se déplace sensiblement, et, si le lit est étroit, elle pourrait finir par gagner le bord et tomber à terre.

L'accès passé, alors que la convulsion fait place au coma, on s'empresse de pratiquer une saignée du bras, proportionnée à la force du sujet; c'est le moyen le plus sûr de combattre la congestion dont le cerveau et les poumons sont le siége. Mais on n'en reste pas là ; on applique, toujours dans le même but, 10 à 12 sangsues derrière chaque oreille et des cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures; on fait administrer un lavement avec une poignée de sel de cuisine en dissolution dans 250 grammes d'eau; et l'on place sur la tête une vessie remplie de glace ou des compresses trempées dans de l'eau très-froide.

Le professeur Depaul est le médecin de nos jours qui, avec sa grande autorité, a le plus contribué à faire adopter la saignée dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. Pour lui, c'est le premier des moyens à opposer, dès le début, à cette terrible maladie. Et nous devons dire que notre propre expérience nous a fourni, dans une dizaine de circonstances, depuis 1864 seulement, l'occasion de constater que ce savant praticien a

raison. Dans cinq cas, des plus graves en apparence, nous avons réussi à sauver nos malades ; et nous sommes demeuré convaincu que c'était à la saignée large que nous nous étions empressé de pratiquer à temps, que nous avons dû d'être aussi heureux.

Mais voilà que la théorie de Traube et Rosenstein, dont nous avons dit un mot plus haut, est venue jeter du doute, touchant la saignée, dans l'esprit de beaucoup de médecins, qui se sont demandé s'il était bien raisonnable de chercher à combattre par un moyen de ce genre des convulsions qui n'apparaissent jamais que sur des sujets profondément hydrémiques, très-infiltrés de sérosité, et dont la cause gît peut-être uniquement dans l'œdème du cerveau lui-même ?... Eh bien, selon nous, ce raisonnement, tout juste qu'il paraisse être, ne doit pas faire taire la voix de l'expérience ; et, ici, donnant le pas à la pratique sur la théorie, nous continuerons à conseiller la saignée générale au début d'une attaque d'éclampsie, surtout quand la femme est forte et que les convulsions sont violentes, parce que c'est le plus sûr moyen de désemplir rapidement le système vasculaire, de parer, par conséquent, au danger des congestions, et aussi, en diminuant la pression sanguine, d'empêcher l'œdème du cerveau d'augmenter. Seulement, on ne reviendra pas à une nouvelle saignée, et si les accès ne sont pas enrayés, on aura recours de préférence à la *narcose* par le chloroforme, le chloral ou les injec-

tions morphinées hypodermiques, — narcose qui, poussée assez loin pour éteindre toute contraction des muscles volontaires, diminuera, par cela seul, la turgescence du cerveau, et n'aura pas, comme une nouvelle évacuation sanguine un peu abondante, le grave inconvénient d'appauvrir encore un sang déjà trop pauvre.

Trousseau, Grisolle et notre savant maître, le professeur Pajot, ont été les premiers à se montrer chauds partisans des inhalations anesthésiques contre l'éclampsie. Ils y ont eu recours souvent, et ils les ont vu, dans bien des cas, suffire à faire avorter des accès déjà parfaitement caractérisés; mais toutefois, qu'on ne l'oublie pas, à la condition d'être poussées jusqu'à paralysie des muscles volontaires, et d'être ensuite maintenues à ce degré-là durant plusieurs heures consécutives, si c'est nécessaire. On se relâche un peu dans les intervalles des accès; mais, sitôt que la malade fait le moindre clignotement, ou se déplace tant soit peu sur son lit, on lui fait respirer une nouvelle dose de vapeurs endormantes. En un mot, il est essentiel de ne pas laisser renaître entière l'action musculaire.

Mais le chloroforme n'est plus le seul anesthésique employé à cet effet. *L'hydrate de chloral* est venu prendre place à côté de lui. Administré, non plus sous forme de vapeurs, mais en potion et bien plus souvent en lavement, à cause du trismus qui empêche la malade d'avaler, le chloral paraît appelé à rendre de réels services dans le

traitement de l'éclampsie. Cela ressort du moins de tous les faits qu'a rassemblés M. le Dr Chouppe dans l'intéressante et consciencieuse étude qu'il a publiée dans nos *Annales de Gynécologie* (1876, t. V). Selon lui, ce médicament aurait autant de puissance que les vapeurs chloroformiques ; il ferait cesser rapidement les convulsions éclamptiques, et aurait déjà sauvé la vie à bien des femmes que l'on jugeait être dans un état désespéré. Mais, pour cela, il faut qu'il soit administré à dose élevée, pour commencer du moins, surtout quand les accès sont très-violents et très-rapprochés, parce qu'il importe d'agir puissamment et vite contre une si terrible affection. Plus tard, lorsqu'on aura obtenu du calme, on se contentera de doses plus minimes, que, seulement, on continuera pendant 24 heures au moins, pour se mettre à l'abri d'un retour des convulsions. Or, une forte dose, une dose massive, c'est de 4 à 5 grammes ; une dose modérée, de 2 à 3 grammes ; en solution dans 100 grammes d'eau, par lavement. Dans les cas de guérison cités par M. le Dr Chouppe, la quantité totale de chloral, administrée dans les 24 heures, n'a pas dépassé 12 grammes et souvent n'a été que de 6 à 8.

Quant aux injections sous-cutanées avec une solution très-concentrée de chloral, il faut les proscrire d'une manière absolue, parce qu'elles donnent souvent lieu à des phlegmons plus ou moins graves, sans même avoir produit le calme qu'on en attendait.

Mais, quoi qu'on en dise, tous ces moyens n'ont pas grande influence sur le résultat définitif, si l'accouchement n'a pas lieu. Au contraire, si le fœtus est expulsé avant qu'il y ait eu un trop grand nombre de forts accès, n'eût-on employé ni saignée, ni sangsues, ni révulsifs, ni anesthésiques, la femme, en thèse générale, guérira. S'ensuit-il donc de là qu'il faille *toujours* provoquer l'accouchement? A ce sujet, les avis sont partagés. Paul Dubois est pour la négative, et il se fonde, premièrement, sur ce que la déplétion de l'utérus, quel que soit le moyen employé pour y parvenir, n'est pas assez prompte pour qu'on puisse en retirer de l'avantage dans une affection qui menace aussi immédiatement la vie de la malade; deuxièmement, sur ce que les procédés à employer pour provoquer le plus vite possible l'expulsion du produit, *la perforation des membranes*, par exemple, ou la mise en place d'un dilatateur quelconque, sont d'une application difficile dans l'état de contraction où se trouve la femme, outre qu'ils ne sont pas eux-mêmes sans danger.

M. Depaul pense de même; il dit que l'accouchement provoqué ou forcé ne change rien à la gravité des accidents. Et Schröder n'exprime pas une autre opinion : il pense que la femme éclamptique, même à la fin de sa grossesse, n'a qu'à pâtir de toute intervention obstétricale, parce que ces interventions ne font qu'irriter davantage un utérus déjà trop irritable et qui, par son action réflexe

sur tout le système cérébro-spinal, est cause de la maladie (1).

D'autres, MM. Stoltz et Chailly, par exemple (2), sont, au contraire, pour l'affirmative. Ils voient une femme en grand péril, qui n'a guère de chances de salut que dans l'interruption prompte de la grossesse, et dès lors, malgré les difficultés, ils n'hésitent pas à employer les moyens propres à hâter l'accouchement. Du reste, ils ont réussi l'un et l'autre à sauver ainsi mère et enfant tout à la fois. Mais, pour en venir là, c'est-à-dire *à l'accouchement prématuré*, il faut évidemment que les jours de la malade soient très-sérieusement menacés par la fréquence et la force des accès.

Quant à la *provocation de l'avortement*, dans le cas d'éclampsie, elle est généralement condamnée, parce qu'elle ne peut jamais amener une délivrance assez prompte pour enrayer de tels accidents. Au 6e mois de la grossesse, et même au 7e mois, en effet, l'utérus n'est pas apte à entrer en contractions comme il le devient plus tard.

Nous verrons ailleurs ce qu'il faut faire, quand, en arrivant près de la femme, on trouve le travail commencé et le col déjà parvenu à un certain degré de dilatation.

(1) Schröder, *Manuel d'accouchement*, traduit par Charpentier, p. 637.

(2) Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 6e édit. Paris, 1878.

7° Déplacements de l'utérus, considérés sous le rapport des accidents qu'ils peuvent produire pendant la grossesse.

Descente, chute de matrice. — Une femme affectée de descente de matrice, et même de chute complète de cet organe, peut très-bien, malgré cela, être fécondée. Durant les premiers mois de la gestation, l'utérus reste bas, un peu plus bas même qu'il n'était étant vide; mais, vers le commencement du 4e mois, il s'élève d'ordinaire et va se loger dans le ventre ; de sorte que tout rentre dans l'ordre pour le reste du temps de la grossesse. Cependant, il arrive (rarement, il est vrai) que l'utérus, si on ne l'aide pas à s'élever au-dessus du détroit supérieur, quand le 4e mois approche, reste au fond de l'excavation. Cazeaux cite un cas où le segment inférieur de l'organe est resté sur la vulve durant tout le temps de la grossesse, et cela, chose extraordinaire, sans qu'il survînt aucune espèce d'accident; et Wimmer, ce qui est bien plus remarquable encore, un cas où le fœtus a pu achever tranquillement son développement dans une matrice à l'état de prolapsus complet, c'est-à-dire, pendante entre les cuisses.

A la femme qui deviendrait enceinte, ayant une descente de l'utérus, le col reposant sur la vulve, il faudrait prescrire le repos horizontal, avec l'usage, en outre, ou d'un pessaire Gariel ou d'une éponge remplissant le même office, jusqu'à ce que l'organe eût pris assez de volume pour ne plus pouvoir retomber dans l'excavation, c'est-à-dire

jusqu'à la fin du 4e mois; — et à celle qui porterait par hasard un utérus gravide en prolapsus complet, comme celui observé par Wimmer, on prescrirait le coucher horizontal, pendant tout le temps de la gestation, et, si elle était forcée de se lever, l'usage d'un suspensoir solide et bien confectionné.

Rétroversion de l'utérus. — La rétroversion de l'utérus gravide est un accident qui n'est pas excessivement rare chez les femmes qui ont le sacrum très-recourbé, l'excavation ample, par conséquent, et le détroit supérieur, au contraire, rétréci par une saillie très-prononcée du promontoire.

Cette rétroversion se produit, du reste, ou lentement ou brusquement. Dans le premier cas, le fond de l'utérus, à la fin du 3e mois de la grossesse, au lieu de s'échapper par le détroit supérieur pour passer dans l'abdomen, s'arrête par son fond sous l'angle sacro-vertébral et s'y fixe. Il en résulte déjà un sentiment de pesanteur dans tout le bassin et de la difficulté pour aller à la selle et pour uriner. Mais, que la matrice dans cette position continue de s'accroître, et l'on verra bientôt les accidents prendre peu à peu une tout autre gravité : il y aura des douleurs vives, comme dans tout étranglement; des symptômes d'une violente inflammation ; une rétention complète des matières fécales et des urines ; des vomissements, une angoisse inexprimable, et enfin imminence d'un avortement.

Dans le second cas, celui d'une rétroversion brusque, l'utérus qui, vers le commencement du 4e mois, venait de franchir le détroit supérieur pour remonter dans l'abdomen, est tout à coup renversé en arrière, à l'occasion d'une chute sur le siége, d'un effort considérable pour soulever un fardeau, ou encore d'une secousse violente de toux, d'éternument, de vomissement, etc. ; son fond va se loger sous le promontoire et y reste engagé ; de là, le développement des accidents signalés plus haut, mais marchant, cette fois, avec une rapidité extrême, comme dans tout étranglement aigu, au lieu de se développer graduellement. Si l'avortement n'a pas lieu, ou si les manœuvres de réduction restent infructueuses, l'inflammation se termine par gangrène, il survient une fièvre nerveuse et la malade périt.

Le pronostic de la rétroversion utérine, dans l'état de grossesse, est donc toujours très-grave : car, d'abord, il y a menace d'avortement, et, avant l'avortement, il peut se développer des accidents inflammatoires et nerveux qui mettent la femme en grand danger.

La première chose à faire, en pareille circonstance, est de tenter la réduction de l'utérus. Or, voici comment doit se pratiquer cette opération :

On commence par vider la vessie et le rectum, — la première par le cathétérisme, — le second par des lavements, administrés au moyen d'une seringue à *longue canule élastique* dont l'extrémité

puisse dépasser le point comprimé du gros intestin.

On place ensuite la malade sur le bord de son lit, comme si on voulait l'examiner au speculum, et l'on attire le col de l'utérus en bas, vers la concavité du sacrum, avec deux doigts de la main gauche introduits dans le vagin, pendant qu'avec deux doigts de la main droite ou le bâton-repoussoir d'Évrat, portés dans le rectum, on repousse le fond de l'utérus en haut, vers le centre du détroit supérieur, en le dirigeant toutefois vers l'un ou l'autre des côtés du promontoire, promontoire qui constitue le principal obstacle à la réduction.

M. Godefroy, comme le faisaient Hunter et Boyer, en vue de soustraire le fond de la matrice au poids des viscères abdominaux, et de rendre, par suite, la réduction de l'organe plus facile, a fait placer ses malades, de préférence, *à plat ventre et en travers, sur un lit très-étroit, le front reposant presque sur le plancher*, — avant d'en venir aux manœuvres de réduction qui étaient, du reste, les mêmes que tout à l'heure, et a réussi dans plusieurs circonstances difficiles. On ne saurait donc mieux faire que de l'imiter, le cas échéant. Cependant, nous conseillerions, avant d'en venir à une position aussi pénible pour la femme, d'essayer de la position *à quatre pattes* (sur les genoux et les coudes), comme l'a fait avec succès Cazeaux.

Sans doute, on rend l'avortement presque inévitable par ces manœuvres ; mais qu'est-ce que le danger d'un avortement à côté des dangers d'un

étranglement inflammatoire ? L'avortement est même alors si peu à redouter pour la malade, qu'on devrait le provoquer dès que la réduction de la matrice est reconnue impossible. Pour cela, on n'aurait qu'à ponctionner l'œuf avec un trocart, au travers du segment inférieur de l'utérus, *en arrière et près de la base du col*, et à attendre ensuite le travail d'expulsion de l'embryon.

Si la réduction a pu être opérée, on tient la femme en repos au lit jusqu'à la fin du 4e mois, avec défense de se livrer à aucun effort qui pourrait reproduire le déplacement ; et l'on veille, dans le même but, à ce qu'elle ne s'enrhume pas, de peur de la toux ou des éternuments, et aussi à ce qu'elle n'ait pas d'efforts à faire pour rendre ses matières fécales ou ses urines. Lorsque la grossesse en est au 5e mois, l'utérus a acquis un volume qui ne permet plus la récidive ; et alors toutes les précautions ci-dessus indiquées deviennent inutiles.

Il est bien entendu que si l'avortement a eu lieu, d'une façon quelconque, la femme doit être traitée en conséquence.

La *rétroflexion* de l'utérus gravide, si elle persistait jusqu'après le 3e mois révolu, donnerait lieu évidemment aux mêmes accidents que la *rétroversion*. Seulement, l'étranglement se produirait un peu plus tardivement, dès l'instant que l'organe, à cause de son incurvation, exigerait moins de place pour se loger suivant sa longueur. Quant à la réduction, elle serait, au contraire, plus

difficile à obtenir, l'utérus ayant moins de tendance naturelle à se redresser.

8° Lésions de rapports de l'œuf avec l'utérus.

Hémorrhagie utérine pendant la grossesse et avortement. — L'hémorrhagie utérine, survenant pendant la grossesse, se lie si fréquemment, comme cause ou comme effet, à l'*avortement*, qu'il est presque impossible de faire une étude séparée de ces deux accidents. Nous les réunirons donc dans une même description.

L'hémorrhagie utérine, chez la femme enceinte, est ordinairement *externe;* mais elle peut aussi être *interne.*

A) Hémorrhagie externe, visible. — C'est de beaucoup la plus fréquente.

Ses *causes* sont très-nombreuses. Il y en a de *prédisposantes* qui suffisent à la production de l'avortement dit *spontané*, et qui, le plus souvent, restent *occultes;* il y en a d'*occasionnelles*, qui produisent l'avortement dit *accidentel*, et dont le mode d'action est parfaitement appréciable, dans bien des cas, du moins.

Les causes *prédisposantes* sont évidemment des états maladifs ou de la matrice ou de l'œuf.

Les maladies de la matrice, lésions vitales ou lésions organiques, agissent, pour la production de l'hémorrhagie et par suite de l'avortement, en ôtant à l'organe la faculté de distension dont il a besoin, ou en lui donnant un excès d'irritabilité qui le porte à se contracter prématurément; et

l'on devrait peut-être ajouter encore, en laissant, dans certains cas, le corps de l'utérus avec sa dilatabilité et sa contractilité normales, et faisant perdre, au contraire, au sphincter utérin une grande partie de son ressort.

Toujours est-il que l'action de ce genre de causes s'exerce principalement dans les trois premiers mois de la gestation, alors que la matrice n'a pas encore perdu l'habitude de la congestion menstruelle et alors que la caduque, masse fongueuse à peine organisée, est encore très-vasculaire. Il est certain que c'est dans les trois premiers mois, et tout particulièrement au moment où les règles apparaîtraient s'il n'y avait pas grossesse, que s'observe le plus communément l'avortement *spontané*.

La vicieuse implantation du placenta sur le col est encore une cause prédisposante de métrorrhagie, mais qui ne se dévoile guère que dans les derniers mois de la grossesse, quand le segment inférieur de l'utérus s'est assez évasé pour briser quelques-unes des adhérences du placenta.

Mais les maladies de l'œuf lui-même, ainsi que le fait remarquer si judicieusement Velpeau, jouent, comme causes prédisposantes de l'avortement, un rôle bien plus important encore que les maladies de l'organe gestateur. L'œuf, en effet, objet délicat et complexe dans son organisation, est susceptible de lésions de toutes sortes : vitales, physiques ou chimiques ; le chorion et l'amnios

peuvent être pris d'inflammation ; le liquide amniotique peut se décomposer et détruire l'embryon ; enfin, le placenta lui-même, qui relie l'œuf à l'utérus, peut être le siége d'une congestion sanguine qui entraîne celle de l'œuf entier, etc., etc. Il peut donc y avoir de ce côté une infinité de causes capables d'amener la fausse couche.

Quant aux causes *occasionnelles*, elles sont très-nombreuses aussi ; car il est à peine, comme le dit Desormeaux, une circonstance dans la vie sociale que l'on n'ait rendue responsable d'un avortement : on conçoit parfaitement le décollement subit de l'œuf par une chute, une secousse brusque, un coup sur le ventre, un exercice violent, etc., et même par une impression très-vive ou une grande secousse morale ; mais il s'en faut qu'on s'explique aussi facilement l'action d'une *odeur désagréable*, d'une *contrariété*, d'un *bain ou trop froid ou trop chaud*, d'un *pédiluve intempestif*, d'un *faux pas*, ou d'un léger *cahot de voiture*. Quand on réfléchit que les femmes qui voudraient bien avorter, et qui font tout ce qu'elles peuvent pour cela, n'en viennent pas à bout cependant, malgré une foule d'imprudences réelles parfaitement calculées, on est porté tout naturellement à révoquer en doute l'influence de toutes ces prétendues causes et à se ranger de l'avis de Velpeau, qui pense que la grande majorité des fausses couches a lieu par le fait des causes prédisposantes signalées plus haut. « La fausse couche facile, dit « cet illustre praticien, n'arrive presque jamais

« que par suite d'une maladie de l'œuf ou de l'u-
« térus (1). »

Il y a, pourtant, deux causes *occasionnelles* sans violence manifeste, qui font exception et qui produisent *à elles seules* un assez grand nombre d'avortements, dans les premiers mois du mariage surtout. Ce sont : l'usage d'un corset à baleines tenu trop serré, et l'abus du coït. Un corset trop serré, embrassant tout le ventre, gêne nécessairement le libre développement de l'utérus, et, à un moment donné, cet organe se révolte contre cette malencontreuse compression, entre en contractions prématurées, décolle l'œuf et l'expulse.

(1) Voici quelques faits bien avérés propres à démontrer combien l'avortement est parfois difficile chez les femmes sans prédisposition organique :

Une femme enceinte de sept mois, voulant échapper à l'incendie de son appartement, se laisse glisser le long de draps attachés les uns aux autres, lâche prise en route par frayeur, tombe d'un troisième étage sur des pierres, se fracture l'avant-bras et n'avorte pas. (Mauriceau.)

Une jeune fille, enceinte de cinq mois, désespérée de l'abandon de son amant, se jette dans la Seine du haut du Pont-Neuf, et sa grossesse n'en contiuue pas moins son cours. (Cazeaux.)

Une jeune dame, enceinte de cinq mois, étant dans un cabriolet, est lancée jusqu'au delà de la tête du cheval qui s'est abattu, et n'en arrive pas moins au terme de sa grossesse. (Gendrin.)

Une jeune fille, devenue enceinte contre son gré, et ne pouvant supporter sa honte, se jette dans la rue, d'un deuxième étage, se brise les membres, mais n'avorte pas. (Velpeau.)

Etc., etc.

Quant au coït immodéré, nous avons déjà dit, à propos de l'hygiène des femmes enceintes, que, trop impétueux, il ébranle directement la matrice, décolle l'œuf, produit une perte sanguine et enfin des contractions expulsives; et que, sans être impétueux, s'il s'accompagne d'un orgasme trop vif, il détermine un certain degré de congestion dans l'utérus, une hémorrhagie et le décollement de l'œuf, qui ensuite est bientôt expulsé.

Symptômes. — Lorsque l'hémorrhagie utérine et l'avortement arrivent dans les premiers jours de la grossesse, ils s'accompagnent de peu de phénomènes généraux remarquables ; aussi, sont-ils pris pour un simple retour des règles un peu douloureux et passent-ils inaperçus, attendu que la femme n'a pas l'idée de demander le secours d'un médecin et de soumettre à son examen les caillots qu'elle a rendus.

Mais, vers le 2e ou le 3e mois, les symptômes sont beaucoup plus tranchés, tout en variant, cependant, suivant le genre de cause. Si l'avortement a lieu par l'effet d'une cause occasionnelle violente, d'une chute sur le siége, par exemple, la femme se relève inondée de sang, et, au milieu de ce sang, on trouve assez souvent l'œuf lui-même, dont l'expulsion a été alors instantanée. Il faut dire néanmoins que, si l'œuf a plus de deux mois, il n'est pas généralement expulsé aussi vite, quelle que soit la violence de la cause; il y a bien perte de sang subite, mais l'œuf n'est rendu que quelques jours après.

Si, au contraire, l'avortement a lieu par l'effet d'une maladie générale de la femme, ou d'une maladie particulière soit de l'utérus, soit de l'œuf, on observe ordinairement les symptômes suivants : frissons suivis de chaleur ; inappétence, nausées, soif; lassitudes spontanées, palpitations, pâleur, tristesse, abattement, lividité des paupières, perte de l'éclat des yeux; lipothymies ; sentiment de faiblesse dans le ventre, de froid vers les pubis, de pesanteur vers l'anus et la vulve ; douleurs dans les lombes; ténesme vésical ; affaissement et flaccidité des mamelles, qui laissent quelquefois échapper de la sérosité, etc. ; et ce n'est qu'après 8 ou 9 jours de durée de ces symptômes, que les douleurs utérines expulsives se déclarent et que l'œuf est chassé de la matrice. Quelquefois il se passe un mois et plus avant l'arrivée de ce travail d'expulsion. L'œuf est mort, cependant, depuis l'apparition des symptômes précurseurs de l'avortement ; mais, comme ses membranes n'étaient pas rompues, il ne s'est pas putréfié ; et, dès lors, il a pu séjourner aussi longtemps dans la cavité utérine, tout en restant inoffensif pour la santé de la mère.

Quand les membranes résistent aux efforts expulsifs et ne se déchirent pas, ce qui est la règle dans les 2 ou 3 premiers mois, si une intervention intempestive n'est pas venue les crever (Jacquemier et A. Leblond (1)), tout sort à la fois, l'embryon et le

(1) Le docteur A. Leblond, dans les *Annales de gynécologie* (août 1875 et juin 1876), a démontré d'une manière

placenta ; mais si les membranes se déchirent dès les premières contractions un peu fortes, ce qui est déjà très-commun dès le 4e mois et devient la règle dans le 5e et le 6e mois, l'embryon seul s'échappe avec l'eau de l'amnios, et le placenta ne sort que plus tard, après des douleurs prolongées et presque aussi pénibles que dans l'accouchement à terme, si ce n'est même plus. C'est ce qui a fait dire qu'à l'inverse de ce qui s'observe dans l'accouchement, ici, dans l'avortement, l'expulsion du placenta est tout et celle du fœtus rien. Il est certain qu'à la suite de beaucoup de fausses couches, l'expulsion du placenta, loin d'avoir lieu dans les 48 heures qui suivent la rupture de l'œuf, ainsi que cela se voit habituellement, se fait attendre de 8 à 15 jours et quelquefois plus; ce qui tient, évidemment, à ce que l'utérus n'a encore qu'une très-faible contractilité de tissu.

L'hémorrhagie qui provient d'un placenta vicieusement implanté sur le col ne peut finir que par l'accouchement ; et souvent, avant que celui-ci arrive, elle a plongé la femme dans un grand épuisement.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'avortement comprend la solution des quatre questions suivantes :

péremptoire, par un assez grand nombre de faits bien observés, que, dans l'avortement *spontané* qui survient dans les trois premiers mois de la grossesse, — à moins de maladie du placenta ou des membranes, — l'œuf est expulsé en bloc, avec ses membranes non rompues ; contrairement à ce qui a lieu dans l'avortement *provoqué* et criminel surtout.

1° Peut-on prendre un simple retour douloureux des règles pour un avortement? Non. Dans la menstruation difficile, les douleurs précèdent l'hémorrhagie et cessent dès que l'écoulement est bien établi; et, d'ailleurs, si l'on porte le doigt sur l'orifice externe du col, on le trouve fermé. Tandis que, s'il s'agit d'un avortement, outre qu'on trouve bientôt le col entr'ouvert, on voit les douleurs suivre l'hémorrhagie, et persister, malgré l'écoulement, jusqu'à ce qu'une masse solide soit expulsée. Enfin, si l'on peut examiner les caillots expulsés, on trouve dans un cas un œuf qui ne se trouve pas dans l'autre. Cet œuf, dans le cas d'avortement, est le *corps du délit*, comme on dit en médecine légale, et, quand on l'a, tous les doutes sont dissipés.

2° Y a-t-il des signes indiquant si l'avortement est inévitable ou non? Oui. Si l'on voit la perte sanguine s'arrêter, sans qu'il y ait eu expulsion d'une masse solide; — si les douleurs, au lieu d'aller en augmentant, vont en diminuant; — si la poche des eaux, que l'on peut sentir dans l'orifice utérin, est encore intacte; — et si surtout, la grossesse étant assez avancée, on acquiert, par l'auscultation, la certitude que le fœtus continue à vivre, on est en droit d'espérer que la fausse couche n'aura pas lieu. Tandis que, si l'on voit l'hémorrhagie persister malgré un traitement rationnel, — les douleurs aller toujours croissant, — la dilatation du col se faire peu à peu, — et surtout la poche des eaux se rompre, on peut

dire la fausse couche inévitable. Et il en serait encore de même, si, la grossesse étant assez avancée, on constatait seulement la mort réelle du fœtus ; car un fœtus *mort* ne peut pas séjourner longtemps dans l'utérus ; c'est un corps étranger qui doit être tôt ou tard expulsé. Si c'est une cause violente qui l'a tué, il ne séjourne guère que deux ou trois jours dans le sein de sa mère ; si c'est par cause lente, organique, qu'il est mort, il peut séjourner dans l'utérus de 9 à 40 jours et plus ; mais, enfin, il finit toujours par être éliminé.

3° A quoi reconnaîtra-t-on que l'avortement est fait ou encore à faire ? La vue de l'œuf sorti est le seul signe qui permette d'*affirmer* que la fausse couche est effectuée. Cependant, on a bien encore la certitude que l'œuf a été expulsé, bien qu'on n'en ait pas trouvé trace dans les caillots présentés par la femme, quand on voit, à des douleurs violentes, manifestement expulsives, succéder un calme complet, et quand, en portant le doigt dans le col utérin, on le trouve mou, dilaté, vide de toute poche élastique tendant à s'en échapper, et ne contenant, s'il contient encore quelque chose, qu'un caillot facile à briser, ou bien le placenta, qu'un praticien tant soit peu exercé ne peut pas confondre avec l'œuf encore entier.

Quelquefois l'œuf, chassé de l'utérus, s'arrête un certain temps dans le vagin ; le calme est survenu, la perte sanguine s'est arrêtée, on demeure convaincu que l'œuf a été expulsé au dehors, et, cependant, on le cherche en vain au milieu des cail-

lots. C'est qu'il est resté dans le conduit vaginal, dont l'orifice, chez beaucoup de primipares, est très-étroit. Et qu'on ne s'étonne pas qu'il y ait eu, malgré cela, cessation des douleurs et de l'hémorrhagie ; du moment que l'utérus s'est débarrassé du corps étranger, l'hémorrhagie et les douleurs doivent cesser, comme s'il était tout à fait dehors ; sa présence dans le vagin n'a plus aucune valeur et l'irritation utérine n'a plus de raison d'être. (Velpeau, *Leçon de clinique* du 26 novembre 1860.)

Mais on affirmera que l'avortement n'est pas encore effectué, quand on verra les douleurs aller toujours en augmentant ; — qu'il ne sera sorti du vagin que du sang liquide, sans un seul caillot ; — et qu'en portant le doigt dans le col de la matrice, on y trouvera l'extrémité d'une poche élastique, qui se tend au moment des douleurs et se relâche après. Il suffirait même, selon M. Depaul, de constater par le toucher que le col de l'utérus n'a pas sa cavité distincte de celle du corps de l'organe, en d'autres termes, que l'orifice interne du col n'a pas commencé à revenir sur lui-même, pour pouvoir presque affirmer que la fausse couche n'est pas achevée. On ne sent pas la poche élastique dont nous parlions tout à l'heure ; c'est une preuve que l'œuf est crevé et que l'eau s'est écoulée ; mais il n'en peut pas moins rester encore dans l'utérus l'embryon avec ses annexes.

Toujours est-il que cette 3e question, *l'avortement est-il fait ou encore à faire?* est importante à

élucider, dès l'instant que l'expérience est là pour démontrer que, *tant que l'œuf est entier dans la matrice*, il est permis d'espérer le voir rester à sa place et continuer son développement.

4° Est-il possible de distinguer de toute autre hémorrhagie celle par insertion du placenta sur le col? Oui. Lorsque, dans les deux derniers mois de la gestation, on voit des pertes sanguines revenir à plusieurs reprises par la cause la plus légère, et souvent même sans cause apparente, vers le matin, par exemple, la femme étant encore au lit, on peut regarder comme presque certain que le placenta est vicieusement implanté (P. Dubois). Du reste, si le sang coule au moment où l'on est appelé, on peut établir plus sûrement son diagnostic en pratiquant le toucher. Mais si l'hémorrhagie est arrêtée, on doit se contenter d'une quasi-certitude, et ne pas aller avec le doigt, pour en savoir davantage, courir le risque de détacher les caillots qui obstruent momentanément les sinus déchirés; ce serait une grande faute que l'on commettrait là; et cependant, pour la conduite à tenir, il serait important — nous le verrons bientôt — de savoir au juste quelle est la cause de l'hémorrhagie.

Pronostic. — Les hémorrhagies utérines survenant pendant la grossesse, à part celle par insertion du placenta sur le col, mettent très-rarement la femme en danger; mais elles tuent presque toujours l'enfant, puisqu'elles amènent presque toujours l'interruption de la grossesse.

C'est donc, en somme, un accident très-grave.

Quant à la gravité de l'avortement en lui-même, pour ce qui regarde la mère, elle varie suivant la nature de la cause, les conditions organiques où se trouve la femme, et l'âge du produit. Ainsi, la fausse couche est plus grave par cause externe violente que par cause simplement prédisposante; — plus grave chez une femme faible et déjà malade, que chez une femme forte et bien portante; — et plus grave du 4e au 7e mois de la grossesse, que plus tôt ou plus tard. (P. Dubois.) Dans les trois premiers mois, l'œuf est assez petit pour sortir facilement de l'utérus, bien que celui-ci ne se contracte alors que très-faiblement. Passé le 6e mois, l'œuf est gros sans doute; mais l'utérus est déjà susceptible de contractions fortes qui l'expulseront sans beaucoup de difficulté; tandis qu'entre le 4e et le 7e mois, existent les conditions les plus défavorables à une délivrance facile, c'est-à-dire un œuf déjà gros et une contractilité de l'utérus encore très-faible.

Si nous envisageons les *suites* de l'avortement, nous les trouvons plus graves, en général, que celles de l'accouchement : non pas, qu'après le premier, il y ait plus de chances de métro-péritonite qu'après le dernier; mais bien parce qu'une première fausse couche dispose à une seconde, une seconde à une troisième, et qu'après plusieurs accidents de ce genre, il est bien rare qu'il ne surgisse pas quelque lésion organique de l'utérus, et

que la femme ne soit pas dans un état équivalant à une stérilité absolue.

Toutefois, si la prédisposition organique à l'avortement était la *rigidité* du tissu du corps de l'utérus (comme chez beaucoup de primipares âgées), ou l'*irritabilité extrême* de la même partie (comme chez certaines femmes nerveuses), on pourrait ne pas désespérer de voir la grossesse arriver un jour à terme, après deux ou trois fausses couches de plus en plus tardives.

Tandis que, si la prédisposition organique était une trop grande *faiblesse du sphincter utérin*, cette faiblesse ne pouvant que s'accroître, — ce qu'on reconnaîtrait à des fausses couches de plus en plus faciles et précoces, — on pourrait considérer la femme comme véritablement stérile.

Traitement. — Le traitement comprend quatre indications : 1° tâcher de prévenir l'avortement ; 2° s'efforcer de l'arrêter, s'il n'est pas encore effectué ; 3° faciliter l'expulsion du produit, si l'avortement est inévitable ; 4° combattre les accidents dangereux qui peuvent le précéder, l'accompagner ou le suivre.

1° *Pour prévenir l'avortement*, il faut tâcher de reconnaître la prédisposition organique qui a déterminé la fausse couche ou les fausses couches antérieures.

Si c'est un état de pléthore, soit générale, soit seulement utérine, le meilleur moyen à employer est une petite saignée de 200 à 250 grammes, pratiquée un peu avant l'époque menstruelle ; puis,

on prescrit un repos presque absolu sur une chaise longue, un régime doux, une boisson délayante et l'usage de lavements journaliers, *presque frais*, s'il y a constipation ; tout cela à continuer jusqu'à ce que l'époque menstruelle soit passée.

Si c'est un état névropathique, avec plus ou moins de chloro-anémie, la saignée n'est plus indiquée, car elle ne ferait qu'accroître l'irritabilité nerveuse; — au lieu de cela, c'est aux toniques, aux ferrugineux, aux antispasmodiques, aux bains frais et à un exercice modéré, au grand air, à la campagne surtout, qu'il faut avoir recours. Mais on doit, en même temps, éviter avec le plus grand soin à la femme les émotions vives, les contrariétés, etc., tout ce qui peut, enfin, ébranler le système nerveux.

Si l'on suppose l'existence, chez la femme, d'une syphilis constitutionelle, on la combat le plus tôt possible par le mercure et l'iodure de potassium réunis ; sans cela, le fœtus mourra avant terme.

Si la femme mène un genre de vie très-sédentaire, on lui conseille les promenades journalières à pied, mais avec l'attention de ne les jamais pousser jusqu'à la fatigue.

Si elle mène, au contraire, une vie de plaisirs sans fin, de soirées prolongées, bals, spectacles, etc., on lui conseille le séjour à la campagne avec le plus d'exercice possible, à pied particulièrement, mais toujours sans fatigue réelle.

S'il y a un déplacement de la matrice connu,

soit descente, soit rétroversion, soit rétroflexion, on soumet la femme au repos horizontal presque absolu, et à l'usage d'un pessaire Gariel ou tout simplement d'une éponge vaginale, jusqu'à la fin du 4e mois, époque à laquelle l'utérus a pris assez de développement pour ne plus retomber dans l'excavation.

Si la femme est habituellement constipée, il faut l'engager à user du clysopompe tous les deux jours au moins, et, si le moyen est inefficace, à prendre de temps en temps 1 ou 2 grammes de magnésie, ou 8 grammes d'huile de ricin.

Enfin, si elle a un utérus d'une excitabilité extrême, on lui prescrit l'usage fréquent des bains tièdes, celui d'une préparation antispasmodique appropriée, et surtout une grande modération dans le coït, tout particulièrement aux approches des époques menstruelles.

2° *Pour tâcher d'arrêter un avortement en train de se faire*, il faut tout d'abord, si la femme est forte, lui pratiquer une saignée du bras, de 200 à 250 grammes ; — puis lui faire garder le repos horizontal le plus absolu, dans un appartement frais et sur un lit un peu dur, disposé de manière que le siége soit un peu plus élevé que le reste du tronc. On la met, en outre, à la diète, ou, si on lui permet quelque aliment, c'est seulement un peu de bouillon froid ; — on lui donne pour tisane de la limonade froide ; — on lui applique des compresses froides sur les aines ; — et, pour engourdir l'utérus, prévenir ou enrayer ses contractions, on fait admi-

nistrer des quarts de lavement *frais et fortement*

Fig. 34. — Pince à faux germe de Levret.

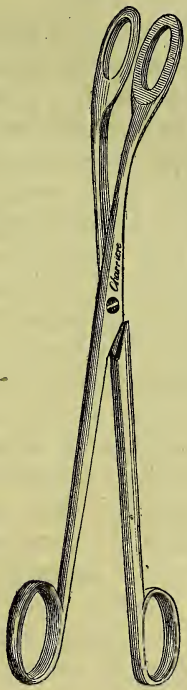


Fig. 34 *bis*. — Pince à faux germe de Charrière (1).

(1) Ce nouveau modèle est préférable. La pince, malgré sa gracilité apparente, est aussi forte, parce qu'elle est trempée en ressort ; mais son genre d'articulation (système du tenon) permet de la démonter, et de se servir d'une branche isolée comme d'un levier.

laudanisés (25 à 30 gouttes de laudanum pour 100 grammes d'eau).

Si la femme est faible, on ne la saigne pas; mais on insiste sur les autres moyens qui viennent d'être indiqués, et on y ajoute même quelques révulsifs vers les extrémités supérieures et le haut du tronc, tels que sinapismes sur les avant-bras ou entre les épaules et ventouses sèches sur la poitrine (non sur les seins mêmes, bien entendu).

3° *Pour faciliter l'expulsion du produit, si l'avortement est inévitable*, on a recours au seigle ergoté dont on donne 3 ou 4 prises de 50 centigr. chacune, à 10 minutes d'intervalle, et, si ce remède ne suffit pas, on va chercher l'œuf avec la pince à faux germe, ou tout bonnement avec le doigt, dès que le col paraît suffisamment dilaté. Mais si l'on éprouvait de la difficulté à introduire l'instrument ou même le doigt, et que l'hémorrhagie fût inquiétante, il y aurait un autre moyen à employer, ce serait le *tamponnement vaginal* (fait comme nous allons le dire), moyen excellent, puisqu'il suffit alors à tout : à arrêter d'abord la perte, puis à exciter la matrice à des contractions expulsives.

4° *Pour combattre les accidents qui peuvent se présenter, il n'y a pas de règle absolue à établir;* le traitement varie nécessairement avec la nature de la complication.

Il n'y a qu'un seul accident qui puisse précéder ou accompagner la fausse couche, c'est l'*hémorrhagie;* mais, après la fausse couche effectuée, il

peut y en avoir deux autres principaux à redouter, savoir : la *rétention du placenta* et la *métrite;* l'œuf sorti, il n'y a plus, en général, d'hémorrhagie.

Hémorrhagie. — Nous l'avons dit plus haut, la seule perte sanguine dangereuse qui puisse survenir durant la grossesse est celle qui tient à l'insertion vicieuse du placenta sur le col. Mais ce n'est point alors, qu'on le remarque bien, un accident des premiers mois de la gestation, mais bien seulement des deux derniers. — Dès qu'il se manifeste, on doit lui opposer le repos, les réfrigérants et même la saignée, quand la femme est forte ; et, si ces moyens sont inefficaces, recourir de suite au *tamponnement*, qui aura le double avantage d'arrêter sûrement la perte et de hâter l'expulsion de l'œuf, si elle doit avoir lieu. Mais *on s'abstient*, en pareil cas, *de donner du seigle ergoté*, parce qu'il pourrait éveiller la contractilité de la matrice, faire dilater le col, augmenter le décollement du placenta, et produire, conséquemment, la continuation de l'écoulement sanguin, c'est-à-dire juste le contraire de ce que l'on se proposait. — Quoi qu'il en soit, lorsqu'on reconnaît que la dilatation du col, amenée par une cause quelconque, est suffisante pour permettre l'introduction de la main, il faut procéder à l'extraction du fœtus *par la version.* Sans doute, on pourrait aussi employer le forceps; mais, comme cet instrument est d'une application assez longue et assez difficile au détroit supérieur, et qu'on est en présence d'un accident qui force à aller vite, on lui préfère généralement

la version qui, si l'opérateur est habile, demande moins de temps et donne, par conséquent, plus de chances d'arrêter promptement l'hémorrhagie.

Tamponnement vaginal. — Voici comment procède, en pareil cas, le professeur Pajot, qu'on ne saurait mieux faire que d'imiter:

Pendant qu'on donne à la femme un lavement et qu'elle s'occupe ensuite de vider son rectum et sa vessie, M. Pajot se hâte de préparer : 1° de 15 à 20 bourdonnets de charpie liés par le milieu et portant chacun un fil qui restera pendant hors de la vulve; 2° autant de bourdonnets, liés encore par leur milieu, mais ne portant plus de fils qui doivent pendre; 3° plusieurs morceaux d'agaric souple, tomenteux; 4° une masse de charpie en plumasseaux; 5° enfin, 5 ou 6 compresses longuettes et un bandage en T.

Puis, il fait placer la malade sur le bord de son lit, en travers, la fait uriner artificiellement si elle n'a pas uriné d'elle-même, et commence de suite le tamponnement. A cet effet, il introduit dans le vagin un gros spéculum plein, en retire l'embout, y verse quelques verres d'eau fraîche, pour bien absterger le col, ne laisser sur lui et autour de lui aucun caillot, et, avec une longue pince à pansement il introduit un à un les bourdonnets garnis de fils, après toutefois les avoir fait malaxer dans du cérat ou du cold-cream ou tout simplement de l'huile. Il les dispose sur le col utérin lui-même et tout autour, en les tassant, les pressant les uns contre les autres, de façon qu'il ne reste entre eux

aucun intervalle. Les culs-de-sac du vagin bien garnis, ce qui est très-important, et l'orifice du col bien obturé, il continue à remplir le vagin en y portant les autres bourdonnets sans fils, alternant avec les morceaux d'agaric, tout cela fortement cératé ou huilé toujours, et enfin les plumasseaux ordinaires, jusqu'à ce que le vagin soit plein, — ce qu'il n'a pu faire, bien entendu, qu'en retirant peu à peu le spéculum, au fur et à mesure qu'il y poussait un peu les bourdonnets et les morceaux d'agaric.

Arrivé à l'orifice vulvaire, il met le spéculum de côté, remplit exactement la vulve de charpie sèche et soutient le tout par l'application des compresses longuettes et du bandage en T.

Si le tampon est bien appliqué, la charpie extérieure ne se teindra pas de sang ; si, au contraire, elle s'en imbibe, c'est une preuve que le tamponnement est mal fait. Il faut alors, sans hésiter, le refaire, et ce n'est que lorsqu'on aura acquis la certitude qu'il remplit bien son office, qu'on pourra se retirer en toute sécurité.

Certains praticiens sont dans l'habitude de tremper les premiers bourdonnets dans une solution faible de perchlorure de fer, au lieu de les imbiber simplement d'un corps gras ; mais il n'y a à cela aucun avantage ; ce n'est pas, en effet, comme le dit fort bien le Dr Charpentier, une action astringente que l'on demande au tampon, mais bien une action purement mécanique. Aussi est-il essentiel, nous le répétons, de remplir hermétiquement le

vagin et de maintenir tout l'appareil assez fortement tassé.

Schröder fait le tamponnement, — comme on le fait généralement en Allemagne et en Angleterre, — d'une autre façon, plus simple. Ayant introduit dans le vagin un grand spéculum, jusqu'à embrasser bien exactement par son extrémité le col utérin, il pousse dans l'instrument le centre d'un grand carré de linge, d'un mouchoir, par exemple, et bourre ensuite la gaîne que forme celui-ci d'un assez grand nombre de gros bourdonnets de charpie, à mesure qu'il retire le spéculum ; et il dit avoir toujours réussi de cette façon à arrêter les hémorrhagies les plus inquiétantes. C'est possible; mais nous avons encore plus de confiance dans le tampon du professeur Pajot.

Avec le colpeurynter de Braun ou toute autre vessie de caoutchouc, que l'on remplit d'eau ou d'air, une fois en place, on fait un mauvais tamponnement : car, si le ballon n'est pas très-fortement rempli, il n'arrête pas la perte sanguine, le sang continue de couler à côté ; et, s'il est par trop distendu, il détermine très-vite des douleurs, des contractions utérines violentes qui amènent la rupture de l'œuf avant que la dilatation du col soit suffisante.

Mais, combien de temps convient-il de laisser en place le tampon *classique*, celui que nous préconisons? La réponse est simple, dit M. Pajot : autant de temps que la femme peut le supporter. Il y a des femmes qui ne peuvent pas le tolérer

plus de deux heures; d'autres qui le tolèrent plusieurs jours. En général, on ne doit l'enlever que 10 à 12 heures après son application, si une cause quelconque, — soit besoin irrésistible d'uriner sans pouvoir le faire, sans pouvoir être sondée, soit agacement nerveux extrême, — ne vient pas contraindre à l'ôter plus tôt. Si l'on s'est trop hâté, on en est quitte pour le réappliquer, après toutefois avoir fait vider encore préalablement la vessie et le rectum, comme nous avons dit qu'on devait le faire avant la première application.

L'extraction du tampon n'est pas difficile, du reste. La charpie extérieure étant enlevée, les bourdonnets sans fils et les morceaux d'agaric, qui viennent après, sont facilement saisis avec la pince. Quant au reste, c'est-à-dire les bourdonnets les plus profonds, il n'y a qu'à réunir tous les fils qu'on a laissé pendre en dehors de la vulve, et à tirer dessus un peu fortement, pour entraîner le tout ensemble. L'utilité du cérat dont on avait imbibé tous les bourdonnets, surtout les premiers, se retrouve ici.

Rétention du placenta. — Si le placenta ne suit pas presque immédiatement la sortie de l'embryon ou du fœtus, il n'y a pas trop à s'en préoccuper tout d'abord, parce qu'il n'est pas rare que son expulsion se fasse attendre plusieurs heures, un jour entier même, sans que ce retard entraîne avec lui le moindre danger. On prescrit quelques légères doses de seigle ergoté, et, le plus souvent, sous l'influence de ce médicament, le délivre est promp-

tement expulsé. Mais si, en dépit de ce moyen, le placenta reste dans la matrice, on doit le supposer anormalement adhérent à la paroi utérine, et, dès lors, songer sérieusement à l'extraire. Car, s'il restait seulement 5 ou 6 jours dans l'utérus, il se putréfierait, et, comme il se trouve en contact avec des bouches veineuses béantes, on aurait à redouter le développement des accidents d'une résorption putride. Il y a donc un très-grand intérêt à extraire le placenta ainsi retenu, s'il ne sort pas par l'action seule de la contractilité utérine.

Lorsqu'il est déjà engagé en grande partie dans le vagin, deux ou trois doigts suffisent pour le saisir et l'entraîner jusqu'au dehors. Mais quand il ne fait qu'une légère saillie dans l'orifice utérin, les doigts ne suffisent plus, même avec l'attention de fixer et d'abaisser le fond de l'utérus avec l'autre main portée sur l'hypogastre, et il faut alors avoir recours à la pince à faux germe (*fig.* 34) ou à la curette articulée de M. Pajot (*fig.* 35) (1).

(1) Dans un cas où l'administration intempestive d'une assez forte dose de seigle ergoté avait renfermé exactement le délivre dans l'utérus, dont l'orifice était aussi contracté que le reste, M. Pajot s'est servi avec succès de la curette de son invention (*fig.* 35) ; elle fut introduite droite (A) et recourbée seulement (B) lorsqu'on sentit qu'elle était rendue au fond de l'utérus, par-dessus le placenta. C'est à l'aide d'un curseur et d'une vis qu'on la recourbe. Depuis, elle a été employée bien des fois, par l'inventeur lui-même et divers autres accoucheurs, et elle a souvent rendu service.

Mais qu'on remarque bien que M. Pajot ne l'a jamais

Dans tous les cas, le placenta saisi d'une façon quelconque, on doit l'attirer *lentement, en le tordant doucement sur lui-même*, et bien veiller à ne pas rompre sa partie saillante. Car, s'il devenait nécessaire d'abandonner l'expulsion à la nature, cette partie engagée dans le col servirait tout à la fois à dilater l'orifice et à stimuler la contractilité du corps de la matrice. — Mais, enfin, il peut arriver, — quelque soin qu'on apporte à bien saisir et bien entraîner le placenta, — que cet organe se déchire et qu'une portion plus ou moins considérable reste adhérente au fond de l'utérus. Il ne faudrait pas, alors, trop s'acharner à l'extraction de cette portion adhérente; car de telles manœuvres, répétées coup sur coup, auraient assurément de graves inconvénients; mieux vaudrait donc, sans contredit, livrer l'expulsion à la nature, — tout en s'occupant, bien entendu, de prévenir l'infection putride par des injections vaginales et même intra-utérines (avec

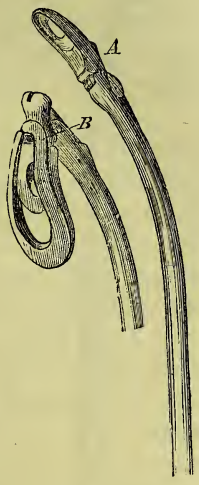


Fig. 35. — Curette de M. Pajot pour l'extraction du placenta.

proposée que pour l'extraction du placenta retenu après une fausse couche et nullement, comme on s'est plu à le lui faire dire, pour l'extraction d'un placenta enchatonné après un accouchement à terme.

Fig. 36. — Sonde de Stoltz.

de l'infusion de camomille légèrement chlorurée ou phéniquée, par exemple) et par le genre de médication employé d'ordinaire pour combattre la fièvre adynamique.

M. Stoltz, pour les injections *intra-utérines*, qu'il emploie sans hésitation, dès qu'il les juge essentielles, se sert d'une *sonde à double courant* de son invention (*fig.* 36).

Elle a 1 cent. de diamètre, 30 cent. de longueur, se termine en pomme d'arrosoir du côté du bec et se bifurque inférieurement; par une des branches se fait l'injection au moyen d'une seringue; par l'autre, revient le liquide injecté.

Dans le cas de putridité d'un placenta, de membranes ou de caillots retenus trop longtemps dans le corps de l'utérus, ces injections, dit M. Stoltz, sont très-rationnelles et très-utiles; on peut y recourir sans aucune crainte, dès qu'elles sont indiquées; le retour du liquide injecté est trop facile, vu la laxité de l'orifice utérin dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ou même une fausse couche, pour qu'il y ait possibilité d'introduction

de la moindre goutte de ce liquide dans les trompes et de là dans la cavité péritonéale.

Métro-péritonite. — Enfin, s'il se déclare une métrite ou une métro-péritonite, quoi qu'on ait pu faire pour en prévenir le développement, il faut, sans perdre un seul instant, la combattre avec toute l'énergie possible.

B) Hémorrhagie interne ou cachée. — Il n'y a, pendant la grossesse, que les hémorrhagies placentaires ou inter-utéro-placentaires qui puissent rester réellement cachées. Il n'est pas rare de rencontrer des placentas parsemés de petits foyers apoplectiques, d'âges différents, c'est-à-dire les uns contenant du sang liquide, d'autres du sang en caillots mous, d'autres de la fibrine solide. Mais il n'est pas aussi commun, à beaucoup près, de trouver dans le placenta des foyers assez vastes pour contenir plusieurs onces de sang. A la clinique de P. Dubois, en 1858, nous avons vu un placenta creusé d'une cavité contenant un caillot de la grosseur d'un œuf de dinde. L'hémorrhagie avait passé inaperçue pour le médecin et pour la femme elle-même, et, cependant, elle avait suffi à tuer l'enfant, qui vint au monde exsangue. Or, les auteurs rapportent plusieurs faits du même genre; mais le plus remarquable est encore celui cité par Albinus. Une femme était morte subitement vers la fin de sa grossesse, et Albinus, appelé à rechercher la cause de la mort, trouve le placenta adhérent à l'utérus par sa circonférence, mais décollé partout ailleurs et formant une vaste cupule pleine de sang.

— Si un accident semblable pouvait être soupçonné, il faudrait évidemment prescrire la saignée du bras, et tous les autres moyens que nous avons indiqués dans le traitement de l'hémorrhagie externe.

DEUXIEME PARTIE

DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL OU SPONTANÉ

Au moment de sa naissance, le fœtus peut se présenter au détroit supérieur de cinq façons différentes : par le sommet, par la face, par le siége, par l'épaule droite ou par l'épaule gauche ; et, dans chacune de ces *présentations*, affecter diverses *positions*.

Voici, du reste, quelle est la classification des présentations et positions adoptée généralement aujourd'hui ; c'est celle de Nægelé, complétée par Paul Dubois :

INDICATION de la PRÉSENTATION.	INDICATION de la POSITION PRINCIPALE.	INDICATION de la VARIÉTÉ DE POSITION.
Sommet ou vertex...	Occipito-iliaque gauche Occipito-iliaque droite.	Trois variétés. Antérieure. Transversale. Postérieure.
Face.....	Mento-iliaque droite. Mento-iliaque gauche.	
Siége ou pelvis.....	Sacro-iliaque gauche. Sacro-iliaque droite.	
Côté droit du tronc, ou épaule droite...	Céphalo-iliaque gauche. Céphalo-iliaque droite.	
Côté gauche du tronc, ou épaule gauche..	Céphalo-iliaque gauche Céphalo-iliaque droite.	

Les présentations et positions indiquées dans ce tableau ne sont pas toutes également fréquentes ni également favorables pour la mère et pour l'enfant.

La présentation du sommet est de beaucoup la plus fréquente ; sur 20 accouchements, il y en a 19 par le sommet. Après, vient la présentation du siége (1 sur 35, y compris les accouchements prématurés) ; puis, celles de la face et du tronc, aussi rares l'une que l'autre (1 sur 200).

Dans la présentation du sommet, 14 fois sur 20, l'occiput est à gauche et en avant (occipito-iliaque gauche, variété antérieure) ; puis, 5 fois sur 20, l'occiput est à droite et en arrière (occipito-iliaque droite, variété postérieure) ; et 1 fois sur 20 seulement, le sommet est en variété de position autre que les deux précédentes.

Dans la présentation de la face, on n'observe guère aussi que deux variétés de position : le menton est tourné à droite et en arrière (mento-iliaque droite, variété postérieure), ou tourné à gauche et en avant (mento-iliaque gauche, variété antérieure) ; la première variété est à la seconde : : 15 : 38 (P. Dubois) (1).

(1) Stoltz appelle la position mento-iliaque droite supérieure du nom de *fronto-iliaque gauche antérieure*, — et la mento-iliaque gauche antérieure du nom de *fronto-iliaque droite postérieure*, — parce que, dit-il, *le front* étant plus facile à atteindre du doigt que le menton, c'est lui qui doit servir à indiquer le genre de position de la face [1].

[1] Stoltz, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*. Paris, 1864, t. I, Accouchement.

Dans la présentation du pelvis, il n'y a guère également que deux variétés de position : le sacrum regarde à gauche et en avant (sacro-iliaque gauche, variété antérieure), ou regarde à droite et en arrière (sacro-iliaque droite, variété postérieure); la première variété est à la seconde : : 112 : 42 (Nægelé).

Peu importe, du reste, que la présentation soit complète ou non, c'est-à-dire que les fesses se présentent les premières ou après les pieds; ce ne sont là, comme l'a fait observer judicieusement madame Lachapelle (1), que des modifications assez insignifiantes de la présentation, puisqu'elles ne changent en rien le mécanisme de l'accouchement naturel. — Sur 85 cas de présentation pelvienne, P. Dubois a vu 54 fois les fesses être expulsées les premières, les jambes étant relevées sur le plan antérieur du fœtus; et 31 fois les pieds descendre avant les fesses. Sur 2,000 accouchements, le même praticien n'a pas observé une seule fois la présentation des genoux, tant elle est rare.

Enfin, dans les présentations du tronc, qui, heureusement, ne sont aux autres que : : 1 : 247 (Dubois, Collins, Nægelé, etc.), les positions avec le dos du fœtus tourné en avant sont plus fréquentes que celles avec le dos tourné en arrière; ce qui s'explique parfaitement, après tout, par la disposition différente des parois antérieure et postérieure de la matrice, et par la différence de pesan-

(1) Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825.

teur des plans antérieur et postérieur du fœtus, quand ce fœtus est pelotonné sur lui-même, ainsi que nous l'avons vu.

Pour ce qui est du *pronostic* à porter dans ces diverses présentations et positions, voici ce que l'expérience permet d'établir :

La présentation du sommet est la plus favorable, — sinon à la mère, qui souffre, en général, plus longtemps que dans la présentation du siége (parce que, dans ce dernier cas, l'accoucheur intervient ordinairement pour hâter la délivrance), — du moins à l'enfant, qui est aussi peu exposé que possible ; les statistiques démontrent qu'il ne meurt pas 1 enfant sur 50 naissant ainsi.

La présentation de la face, au contraire, est fâcheuse et pour la mère et pour l'enfant. En effet, le travail est alors très-long et très-épuisant pour la mère, qu'il faut le plus souvent accoucher de force à l'aide du forceps ; et l'enfant lui-même, pendant ce temps, court de très-grands dangers, exposé qu'il est à périr, soit par compression du cordon, qui est souvent procident, — soit par trouble dans la circulation inter-utéro-placentaire, — soit, enfin, par apoplexie méningienne ; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il meurt 1 enfant sur 4 venant au monde par la face.

La présentation pelvienne, si toutefois le travail est abandonné à lui-même, n'est pas beaucoup plus avantageuse que la précédente, ni pour la mère ni pour l'enfant. D'abord, la dilatation du col se fait lentement ; puis, la poche des eaux crève

souvent avant que cette dilatation soit complète; et, enfin, souvent aussi la matrice est épuisée, précisément quand il faudrait qu'elle se contractât énergiquement pour pousser la plus grosse partie qui arrive la dernière, la tête; si l'accoucheur n'intervient pas, la femme souffre donc longtemps. Quant au fœtus, pour peu que sa tête tarde à se dégager, il court grand risque de périr asphyxié par suite de la compression du cordon. — Dans la statistique établie par P. Dubois, l'accouchement par le siége donne 1 enfant mort sur 10; d'autres disent même 1 sur 8.

Enfin, la présentation de l'épaule est plus grave encore que celle de la face : elle compte au premier rang parmi les causes de dystocie. En effet, le fœtus ne peut naître alors, par les seuls efforts de la nature, que dans certains cas tout à fait exceptionnels, quand, par exemple, le bassin est très-large et le fœtus très-petit. Il faut donc presque toujours aller chercher celui ci avec la main, c'est-à-dire l'extraire par la version podalique; or, cette opération n'est pas sans danger. L'enfant, d'abord, est exposé à l'asphyxie, comme il l'est toujours en venant par les pieds, et la mère, que l'on fait souffrir et dont on irrite le vagin et l'utérus lui-même, est, après l'opération, tout particulièrement disposée à une phlegmasie dangereuse de la matrice ou même du péritoine.

En pratiquant la version, alors que les membranes ne sont pas encore rompues ou ne font que de se rompre, on perdrait peu de femmes (pas 1 sur

20) et on sauverait au moins 7 enfants sur 8. Mais si l'on attend que la matrice soit complétement vide d'eau et que la femme se soit épuisée en efforts inutiles, le résultat de l'opération est bien loin d'être le même; car il meurt alors 1 femme sur 10 et 2 enfants sur 3. Cas simples et cas difficiles mélangés, on a, dit Churchill, 1 enfant mort sur 3, et 1 femme morte sur 15. La version est donc toujours une grave opération. Mais combien, néanmoins, n'est-elle pas préférable au simple travail de la nature (*évolution spontanée* dont nous parlerons plus tard) qui donne 27 enfants morts sur 30 (Denman et Velpeau), et 2 femmes mortes sur 3!

Rapports du fœtus avec les parois abdominales de la mère, dans chacune des positions principales.

Dans la position occipito-iliaque gauche antérieure, le fœtus a la tête en bas, sur l'orifice utérin, — le pelvis en haut, vers le fond de l'utérus, — le dos en avant et à gauche, — le côté droit regardant à droite en avant, — et le côté gauche tourné à gauche et en arrière. A cause de l'obliquité de l'utérus en avant, c'est la bosse pariétale droite, et non le sinciput lui-même qui se trouve correspondre au centre du détroit supérieur. Et, vu la direction du dos du fœtus, c'est au-dessous de l'ombilic de la mère et un peu à gauche de la ligne médiane, qu'on devra rencontrer le summum d'intensité des bruits du cœur.

Dans la position occipito-iliaque droite postérieure, la tête est sur l'orifice utérin, — le pelvis vers le fond de l'utérus, — le dos en arrière et à droite, — le côté gauche en avant et un peu à droite. Ici, c'est la bosse pariétale gauche qui correspond au centre du détroit supérieur; et, pour trouver le summum des bruits du cœur, c'est au-dessous du niveau de l'ombilic de la mère et en arrière et à droite qu'il faudra le chercher.

Dans les deux positions principales de la face, les rapports du fœtus sont absolument les mêmes que dans les deux positions principales du sommet, ce qui se comprend parfaitement, du reste, puisque la présentation de la face n'est, à bien prendre, qu'une irrégularité de celle du vertex. Il n'y a qu'une seule différence, c'est que la face a remplacé le sommet sur l'orifice utérin. Dans la position mento-iliaque droite postérieure, la joue droite, et non le nez, se trouve correspondre au centre du détroit supérieur; et dans la position mento-iliaque gauche antérieure, c'est la joue gauche que le doigt, dans le toucher, rencontre au centre même du détroit. En pratiquant l'auscultation, on cherchera nécessairement le summum d'intensité des pulsations cordiales, aux mêmes places que s'il s'agissait d'une présentation du sommet.

Dans la position sacro-iliaque gauche antérieure, le fœtus a le pelvis en bas, sur l'orifice utérin, — la tête en haut, vers le fond de l'utérus, — le dos en avant et à gauche, — le côté gauche en avant et à droite, — et le côté droit à gauche et en ar-

rière. En raison, toujours, de l'obliquité de la matrice en avant, c'est la fesse gauche, et non le coccyx, qui correspond au centre du détroit supérieur; et, vu l'élévation de la région post-cordiale du fœtus, c'est un peu au-dessus du niveau de l'ombilic de la mère et sur la ligne médiane même qu'il faut chercher le summum des bruits du cœur.

Dans la position sacro-iliaque droite postérieure, le siége est sur l'orifice utérin, — la tête vers le fond de la matrice, — le dos à droite et en arrière, — le côté droit en avant et un peu à droite, — le côté gauche en arrière et un peu à gauche. Ici, c'est la fesse droite qu'on trouve sous le doigt au centre du détroit; et, pour rencontrer le summum des bruits du cœur, c'est un peu au-dessus du niveau de l'ombilic de la mère et à droite et en arrière qu'il faut le chercher.

Dans les présentations du tronc, le fœtus a sa tête sur l'une ou l'autre des fosses iliaques, et son siége, malgré cela, presque aussi directement en haut, vers le fond de l'utérus, que dans le cas de présentation du vertex. C'est une erreur de croire que les pieds doivent se trouver dans le flanc opposé à la fosse iliaque occupée par la tête. Le fœtus n'est disposé en travers que par la moitié supérieure de son tronc; la moitié inférieure se relève vers le fond de la matrice, de sorte que le fœtus est réellement plié en deux sur le côté, et que si, dans la version, on veut aller droit aux pieds, c'est vers le fond même de l'utérus qu'il faut porter la main (P. Dubois et Pajot).

Dans la position céphalo-iliaque gauche de l'épaule droite, la tête est sur la fosse iliaque gauche, — le pelvis en haut, — et le dos tourné en avant et en bas. Le doigt rencontre le moignon de l'épaule droite, au centre du détroit supérieur, dès que le travail, bien entendu, a duré un certain temps et que la dilatation du col est complète (avant cela, on ne rencontrait rien) ; et si l'on cherche le summum des bruits du cœur, c'est un peu au-dessus des pubis et juste sur la ligne médiane qu'il faut placer le pavillon du stéthoscope.

Ces bruits sont ici, d'ailleurs, forts et rapprochés.

Dans la position céphalo-iliaque droite de l'épaule droite, la tête est sur la fosse iliaque droite, — le pelvis en haut, — et le dos tourné en arrière et un peu en haut. Le moignon de l'épaule droite est encore au centre du détroit supérieur, et le summum des bruits du cœur se fait encore entendre entre les pubis et l'ombilic, sur la ligne médiane, mais loin de l'oreille et très-faible, par conséquent.

Dans la position céphalo-iliaque gauche de l'épaule gauche, la tête est sur la fosse illiaque gauche, — le pelvis en haut, et le dos tourné en arrière et un peu en haut. Le moignon de l'épaule gauche (en supposant toujours le travail avancé et la dilatation du col complète) se trouve sous le doigt, au centre du détroit supérieur, et le summum d'intensité des pulsations cordiales se fait entendre à peu près à la même place et avec les

mêmes caractères que dans le cas précédent.

Enfin, dans la position céphalo-iliaque droite de l'épaule gauche, la tête est sur la fosse iliaque droite, — le pelvis en haut, et le dos tourné en avant et un peu en bas. Le moignon de l'épaule gauche est au centre du détroit supérieur; et le summum des bruits du cœur se perçoit, fort et rapproché, un peu au-dessus des pubis et presque sur la ligne médiane.

Diagnostic des présentations et positions.

Les moyens de diagnostic sont ici, comme pour la grossesse, le *toucher vaginal*, le *palper abdominal* (1) et l'*auscultation*.

(1) Le *palper abdominal*, pratiqué dans le but d'apprécier la position du fœtus dans l'utérus, et dont il faut faire honneur à Mattéi qui l'a indiqué, en France, à une époque déjà éloignée, et quand personne ne voulait reconnaître son utilité, revient aujourd'hui dans la pratique. Eug. Hubert, de Louvain, à qui son père l'avait enseignée, s'en sert chaque jour; et, chez nous, plusieurs accoucheurs, MM. Guyon et Tarnier, entre autres, y ont aussi recours.

Sur une primipare à ventre rigide, le palper éclaire peu le praticien, mais, chez une multipare, à parois abdominales souples, on peut par lui distinguer très-bien la tête du fœtus de son siége, celui-ci étant moins gros, moins dur et moins régulièrement arrondi que la première ; et distinguer aussi, non-seulement le dos du ventre, mais encore les talons, qu'on sent comme de petites saillies très-mobiles, des genoux qui sont plus gros et plus fixes. Bien plus, le palper, pratiqué par une main exercée, peut faire reconnaître si la tête, quand elle est en bas, est fléchie

La présentation du sommet est la seule qui puisse être diagnostiquée *avec certitude* avant la dilatation du col. Le doigt, porté sur le segment inférieur de la matrice, fait, en effet, reconnaître qu'un corps volumineux, rond et dur, se présente au détroit supérieur, et ce corps, évidemment, ne peut être que le crâne ; car, ni le pelvis, ni l'épaule, ni même la face, ne donnent jamais la même sensation. Du reste, le palper et l'auscultation viennent souvent confirmer cette reconnaissance opérée par le toucher : le palper, en ne faisant découvrir nulle part, dans le corps de l'utérus, rien qui rappelle la forme et la dureté d'une tête d'enfant (à moins que la grossesse ne soit gémellaire) ; et l'auscultation, en localisant le summum d'intensité des battements du cœur *au-dessous* du niveau de l'ombilic maternel (*fig.* 37).

Quant aux positions du sommet, elles ne sau-

ou défléchie. Car, si elle est fléchie, on sent la nuque se continuer en ligne droite avec le rachis ; tandis que si elle est défléchie, en d'autres termes, s'il s'agit d'une présentation de la face au détroit supérieur, l'occiput étant renversé sur le dos, le crâne est séparé du tronc comme par un coup de hache; les doigts, en passant de l'un à l'autre, rencontrent une dépression très-évidente.

Quant au diagnostic des présentations de l'épaule, le palper l'éclaire mieux encore.

Ce serait donc sans raison qu'on négligerait ce genre d'exploration, du moment qu'il n'est pas pénible, qu'il n'est même pas trop désagréable pour la femme qui y est soumise, et qu'il peut, dès lors, à l'inverse du toucher, être répété sans inconvénient.

raient être nettement reconnues qu'après la dilatation du col et même la rupture des membranes; et c'est alors le toucher vaginal qui est le principal moyen du diagnostic. Il suffit que le doigt reconnaisse dans quel sens se dirige la grande suture du crâne et vers quelle partie du bassin se trouve la fontanelle antérieure, pour qu'il ne reste aucun doute sur la position. On ne touche pas toujours du doigt, aisément, la fontanelle antérieure si la tête est fortement fléchie; mais qu'importe, si le doigt reconnaît bien la fontanelle postérieure ou au moins sa place?

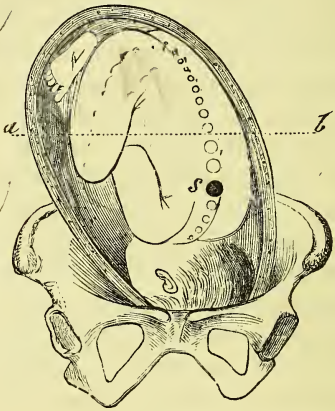


Fig. 37. — Présentation du sommet. *ab*, ligne fictive horizontale passant un peu au-dessous de l'ombilic. *s*, siége du summum d'intensité des bruits du cœur.

Il peut, cependant, y avoir sur le crâne, — si les membranes se sont rompues de bonne heure, et si la dilatation du col s'est achevée lentement, malgré des contractions utérines très-énergiques, — il peut y avoir, disons-nous, une bosse séro-sanguine (1) qui masque tout à la fois et la grande

(1) Sorte d'épanchement qui résulte de l'afflux des liquides

suture et la fontanelle la plus proche du doigt ; mais qu'importe encore, dès l'instant qu'il est avéré que cette bosse ne s'offre, bien marquée, que sur le vertex, — qu'elle confirme, par conséquent, le mode de présentation, au lieu de l'obscurcir ; — et qu'en ce qui regarde la position, qui est, il est vrai, complétement cachée par la bosse sanguine, il y a 80 chances sur 100 pour ne pas se tromper, en annonçant au hasard une position occipito-iliaque gauche antérieure, les 20 autres chances restant presque toutes en faveur d'une position occipito-iliaque droite postérieure.

Si le col n'est pas dilaté, il est impossible de reconnaître nettement la présentation de la face ; on ne peut que la soupçonner, et voici comment : si c'était le sommet, on le diagnostiquerait parfaitement ; si c'était le siége ou l'épaule, on ne sentirait rien sous le doigt, au travers du segment inférieur de la matrice ; au lieu de cela on sent quelque chose, mais quelque chose d'irrégulier et de mal déterminé, et l'on en conclut, avec quelques chances de tomber juste, que c'est à une présentation de la face qu'on a affaire. Du reste, le palper et l'auscultation peuvent éclairer un tant soit peu le diagnostic, — le premier, en constatant qu'il n'existe rien qui rappelle une tête de fœtus, soit dans les fosses iliaques, soit vers le fond de l'utérus (à moins de grossesse gémellaire) ; — la

du fœtus vers le seul point de sa surface qui soit soustrait à la compression.

seconde, en localisant le summum des bruits du cœur à la même hauteur que dans le cas de présentation du vertex (*fig.* 38).

Pour que le diagnostic de la présentation et surtout des positions de la face puisse être clairement établi, il faut que le col utérin soit largement dilaté et la poche des eaux, sinon rompue, du moins assez souple. Alors, le toucher peut faire reconnaître successivement, d'un côté à l'autre du bassin : le front, la racine du nez, le nez, la bouche et le menton. C'est le nez qui est, ici, l'élément principal du diagnostic et de la présentation et de la position ; car il n'y a rien, sur les autres parties du corps, qui ressemble à cette petite pyramide triangulaire percée de deux trous sur l'une de ces faces. Par le point du bassin vers lequel regardent ces deux trous ou narines, on sait où se se trouve le menton et, par conséquent, quelle est la position.

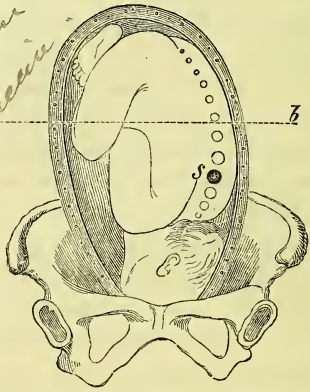


Fig. 38. — Présentation de la face. *ab*, ligne fictive horizontale passant un peu au-dessous de l'ombilic. *s*, siége du summum d'intensité des bruits du cœur.

Il naît cependant quelques difficultés quand il y

a longtemps que l'orifice utérin est dilaté, la poche des eaux rompue et l'utérus en travail énergique. La face, répondant alors au vide du bassin, devient le siége d'une tuméfaction considérable, d'une vraie bosse séro-sanguine ; et les joues, gonflées et rapprochées l'une de l'autre, laissent entre elles un sillon assez profond qu'on pourrait prendre au premier abord pour le sillon interfessier. Mais l'obscurité se dissipe bientôt, dès qu'on arrive à toucher le nez qui, nous le répétons, ne ressemble qu'à lui-même.

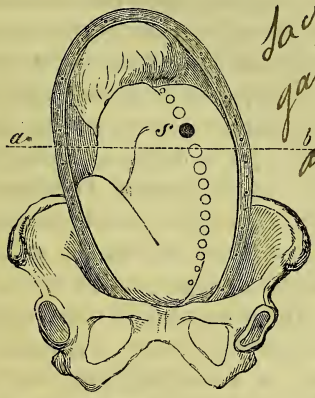


Fig. 39. — Présentation du siége. *ab*, ligne fictive horizontale passant un peu au-dessous de l'ombilic. *s* siége du summum d'intensité des bruits du cœur.

Dans la présentation du siége, si elle est *complète*, c'est-à-dire si les pieds sont plus haut que les fesses, le doigt porté au fond du vagin ne fait rien reconnaître, tant que le col n'est pas dilaté. Il n'y a que le palper et l'auscultation réunis qui puissent donner alors quelques soupçons de la présentation et de la position : le palper, en faisant constater la présence, dans le fond de l'utérus, d'un corps gros, rond et dur, comme la

tête du fœtus ; et l'auscultation, en localisant le summum des bruits du cœur *au-dessus* du niveau de l'ombilic (*fig.* 39). Si, avec cela, le toucher vaginal ne fait absolument rien reconnaître sur le segment inférieur de la matrice, il y a de grandes probabilités en faveur d'une présentation pelvienne *complète*.

Lorsque les pieds sont plus bas que les fesses, au contraire, il peut arriver que les talons soient sentis par le doigt au travers du segment inférieur de l'utérus, malgré l'épaisseur de celui-ci ; et, alors, les signes fournis par le palper et l'auscultation venant en aide, on arrive encore plus près de la vérité que tout à l'heure.

Toutefois, ce n'est que lorsque la dilatation du col est très-avancée et la poche des eaux rompue, que le diagnostic peut être solidement établi. Alors, en effet, si ce sont les fesses qui se présentent les premières, le doigt rencontre, au centre de l'orifice utérin, une grosse tumeur molle (la fesse antérieure), en arrière de laquelle est un sillon oblique où se font reconnaître successivement, d'un côté à l'autre de l'excavation, le coccyx, l'anus et les organes génitaux externes. La pointe du coccyx est, ici, l'élément principal du diagnostic de la présentation et de la position ; suivant que ce petit os est en rapport avec le côté gauche ou le côté droit du bassin, on sait qu'on a affaire à une première ou à une seconde position du siége.

Si, au lieu des fesses, ce sont les pieds qui s'engagent dans l'orifice utérin, le diagnostic est plus facile encore ; car, avec un peu d'attention, on ne

prendra pas ces pieds pour des mains ; et la direction seule des talons fera ensuite déterminer la position. Il arrive même assez fréquemment que l'on reconnaisse parfaitement les pieds et leur direction au travers des membranes encore intactes.

Quant aux genoux, s'ils se présentaient (ce qui est, nous le savons, excessivement rare), on les distinguerait des coudes, d'abord à leur volume un peu plus considérable, mais surtout à la présence de leur petite rotule mobile ; et la direction des tibias donnerait ensuite la position.

Enfin, dans le cas de présentation de l'un ou l'autre côté du tronc, le diagnostic, comme dans le cas de présentation du siége *complète*, ne peut guère être nettement établi qu'après la dilatation du col et même la rupture des membranes. Jusque-là on ne peut avoir que des soupçons, soupçons que l'on fonde : 1° sur la forme du ventre, qui est généralement aussi large que haut ; 2° sur la présence, dans l'une des fosses iliaques, d'une grosse boule dure, donnant l'idée d'une tête de fœtus ;

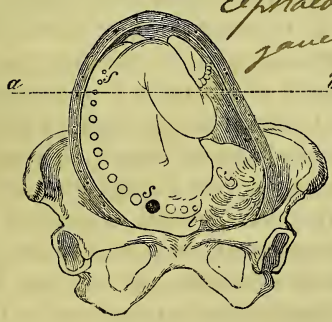


Fig. 40. — Présentation du tronc. *ab*, ligne fictive horizontale passant un peu au-dessous de l'ombilic. *sf*, grande ligne de décroissance de ces bruits. *sl*, petite ligne de décroissance.

3° sur la localisation du summum des bruits du cœur *très-au-dessous* du niveau de l'ombilic, et particulièrement sur la direction *transversale* suivant laquelle l'oreille perçoit le plus longtemps les pulsations décroissantes (*fig.* 40).

Ceci nous conduit naturellement à dire quelques mots de la théorie ingénieuse de M. Depaul, relativement à la détermination des présentations et positions du tronc par l'auscultation seule.

Ce savant professeur admet, d'abord, comme démontré, que les bruits du cœur, qui vont en s'affaiblissant à mesure qu'ils s'éloignent du point de leur summum d'intensité, se propagent plus loin dans le sens de la colonne vertébrale du fœtus — (tige solide et favorable, par conséquent, à la transmission des vibrations) — que dans tout autre sens, et plus loin, dès lors, en descendant le rachis qu'en le remontant, puisqu'à partir de la région *post-cordiale*, la portion de rachis qui descend vers le coccyx est plus longue que celle qui monte vers la tête. Puis, il divise l'utérus, — arrivé, bien entendu, à son plus haut degré de développement, — en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure, par une ligne fictive horizontale, passant un peu au-dessous de l'ombilic ; et chacune de ces moitiés en deux autres parties, l'une droite, l'autre gauche, par une autre ligne fictive perpendiculaire à la première, et passant, de haut en bas, par le milieu de l'organe. Et, cela posé, il raisonne ainsi : Le summum des bruits du cœur siégeant au-dessous du niveau de l'ombilic, on ne

peut avoir affaire qu'à une présentation de la tête (sommet ou face), ou à une présentation de l'épaule. Or, pour distinguer l'une de l'autre, il n'y a qu'à rechercher dans quelle direction s'en vont les deux lignes principales de décroissance des bruits : si elles s'en vont suivant l'axe longitudinal de l'utérus, on diagnostique une présentation de la tête ; mais si elles s'en vont toutes deux à peu près transversalement, on diagnostique une présentation de l'épaule. Quant à la détermination de la position, dans ce dernier cas, elle ne peut être obtenue qu'en précisant bien le siége du summum des bruits, et en distinguant bien l'une de l'autre les deux lignes de décroissance, de manière à pouvoir dire sûrement où est la tête et où est le siége.

Enfin, pour savoir si le dos du fœtus est tourné en avant ou en arrière, il suffit de tenir compte de la seule intensité des bruits ; s'ils frappent vivement l'oreille, c'est que le dos est en avant ; s'ils paraissent, au contraire, faibles et éloignés, c'est que le dos est en arrière.

C'est là, nous le répétons, une théorie fort ingénieuse, mais qui, à cause des difficultés de son application, n'est point appelée, assurément, à rendre au praticien autant de services que l'avait d'abord pensé son auteur. Dans le cas de présentations céphalique et pelvienne, elle donne de bons résultats, conduit même souvent à une certitude ; mais quand il s'agit de présentations des côtés, elle n'aboutit jamais qu'à grossir un peu la

somme des probabilités fournies déjà par le toucher vaginal et le palper abdominal.

On ne peut donc établir un bon diagnostic d'une présentation, et, à plus forte raison, d'une position du tronc, que lorsque l'orifice utérin est complétement dilaté et que la poche des eaux est rompue. Alors le doigt, porté dans le vagin, rencontrera ou l'épaule elle-même, ou le coude, ou le thorax, ou rien.

Si c'est l'épaule, on la sent sous la forme d'une petite tumeur arrondie, avec une saillie osseuse au centre (l'acromion).

Si c'est le coude, on le reconnaît à la réunion de trois petites tubérosités, immobiles toutes trois.

Si c'est le thorax, on le distingue aisément à la présence des côtes.

Enfin, si par le toucher on n'atteint rien, le diagnostic n'en est pas, pour cela, rendu obscur. Car, par exclusion, on arrive encore à conclure que c'est le côté du tronc qui se présente. En effet, si c'était toute autre partie, le sommet, la face, ou même le siége, dès l'instant que nous supposons le col complétement dilaté, le doigt la reconnaîtrait parfaitement. On ne touche rien ; donc c'est le tronc. Mais quelle est donc la région du tronc qui se présente au centre du détroit supérieur, pour que le doigt ne l'atteigne pas ? Le défaut de l'épaule, ou, si l'on veut, le côté du cou.

Quand on rencontre le moignon de l'épaule, le coude ou le côté du thorax, on n'a, pour préciser

la position, qu'à chercher le pli de l'aisselle, à voir vers quel point du bassin il regarde, puis à reconnaître si l'omoplate est tournée en avant ou en arrière. On sait, en effet, que l'omoplate fait partie du dos, et que la tête est à l'opposé du point que regarde le pli de l'aisselle. Or, du moment qu'on sait où est la tête et où est le dos, il est évident qu'on connaît la position du fœtus.

Enfin, si la main pend dans le vagin, et, à plus forte raison, à la vulve, toutes les difficultés sont levées. La présence de la main indique suffisamment la présentation, et il n'y a plus, pour être certain de la position, qu'à déterminer : 1° si c'est la main droite ou la main gauche qu'on sent ou qu'on voit ; 2° si cette main, quelle qu'elle soit, a son dos tourné vers la cuisse gauche ou vers la cuisse droite de la mère ; 3° si le petit doigt regarde la partie antérieure ou la partie postérieure du bassin.

Quand le dos de la main *droite* regarde la cuisse gauche de la mère et le petit doigt l'arcade pubienne, on diagnostique une première position de l'épaule *droite* (céphalo-iliaque gauche) ; — quand le dos de la même main regarde la cuisse droite et le petit doigt le périnée, — une deuxième position de l'épaule *droite* (céphalo-iliaque droite) ; — quand le dos de la main *gauche* regarde la cuisse gauche et le petit doigt le périnée, — une première position de l'épaule *gauche* (céphalo-iliaque gauche) ; — et, enfin, quand le dos de la même main regarde la cuisse droite et le petit doigt les pubis, — une

deuxième position de l'épaule *gauche* (céphalo-iliaque droite).

En résumé, l'espèce de main indique l'espèce d'épaule ; la direction du dos de la main, le point vers lequel est la tête ; et la direction du petit doigt, le point vers lequel est tourné le dos du fœtus.

L'inspection seule de la main qui se présente suffit donc, pourvu toutefois qu'elle n'ait pas été tordue par quelque manœuvre maladroite, à fournir tous les éléments du diagnostic dans la présentation du tronc. Néanmoins, on ne fera pas mal, ainsi que le prescrit M. Depaul, de pratiquer le toucher, pour s'assurer qu'on a bien affaire à une présentation de l'épaule, et non à une présentation du sommet ou de la face avec procidence d'un bras, cas rare, mais qu'on observe encore de temps à autre.

Mécanisme de l'accouchement spontané.

L'utérus ne se débarrasse, en général, du fœtus et de ses annexes, que lorsque la grossesse est à terme et qu'elle a, par conséquent, 9 mois révolus de durée.

Mais, quelques jours auparavant, le travail de la parturition a pu, si surtout la femme est primipare, s'annoncer par certains symptômes *prodromiques*. Ainsi, dans la dernière quinzaine, la matrice s'est peu à peu abaissée en totalité, *le ventre est tombé*, selon l'expression commune, ce qui a rendu la digestion stomacale et la respiration plus faciles,

mais la marche, par contre, excessivement gênée; et comme la tête du fœtus, bien que coiffée de la paroi utérine, s'est déjà engagée dans le détroit supérieur, le col de la vessie, le rectum et les nerfs sacrés sont comprimés et agacés : de là, des *besoins fréquents d'uriner*, un peu de *ténesme rectal* et des *impatiences* ou même de *vraies crampes* dans les cuisses et les mollets.

Si l'enfant se présentait par une autre partie que la tête, ces derniers symptômes n'existeraient pas, attendu qu'il n'y aurait pas compression des organes intra-pelviens au même degré ; il s'ensuit donc que les besoins fréquents d'uriner, le ténesme rectal et les crampes dans les extrémités inférieures, indiquent, non-seulement que l'heure de l'accouchement approche, mais encore que le fœtus se présente de la manière la plus favorable, c'est-à-dire par le sommet : les exceptions sont très-rares.

Mais il y a d'autres signes qui annoncent un travail prochain : *le vagin*, par exemple, *s'humecte de glaires inaccoutumées ; les grandes lèvres se ramollissent et se gonflent ;* et la *matrice*, comme pour préluder à de vraies contractions, *devient le siége*, — ou de *resserrements spasmodiques*, revenant de temps en temps, partant des reins et allant mourir aux pubis, — ou de *petites douleurs* parcourant la périphérie de l'organe et donnant à la femme la sensation de *pattes de mouches* ou d'*araignées*.

Mais ces petites douleurs, ou plutôt contractions, qui, chez quelques primipares, surviennent 2 ou

3 jours, parfois même de 8 à 15 jours avant terme, ne sont point encore un commencement de travail; elles ne sont qu'une marque de l'impatience où se trouve l'utérus de se vider de ce qu'il contient. Le travail ne commence réellement que lorsque le col utérin, qui s'est ramolli de plus en plus à mesure que la grossesse a marché, est complétement effacé.

Il s'est produit diverses opinions sur la manière dont le col s'efface. Les uns ont dit (P. Dubois, Cazeaux, Pajot, etc., et nous-même avons soutenu cette thèse jusqu'ici) que le col de l'utérus, dans les derniers jours de la grossesse, s'effaçait de *bas en haut;* — que la seule disposition des fibres *longitudinales* de l'organe, placées, comme nous l'avons vu, en dehors des fibres *circulaires*, sur les plus inférieures desquelles elles se recourbent en anses, semblait prouver qu'il ne peut en être autrement; — que, du reste, il suffisait de pratiquer le toucher de temps en temps, pendant les douleurs prodromiques, pour s'assurer que les fibres circulaires de l'orifice *externe* forment déjà un bourrelet saillant à 2 ou 3 centimètres en dehors de l'orifice *interne*, quand cet orifice *interne*, lui, est encore complétement fermé. — D'autres ont soutenu et soutiennent encore le contraire, c'est-à-dire que le col s'efface toujours de *haut en bas*. C'était l'avis de quelques-uns des accoucheurs du commencement de ce siècle, c'était plus tard l'avis du physiologiste Longet, et c'est encore aujourd'hui celui du professeur Depaul, de Schröder,

de Barnes et de Math. Duncan. Eh bien, la vérité, selon le Dr Charpentier, ne serait exclusivement ni chez les uns, ni chez les autres. Elle serait des deux côtés, et c'est à Stoltz qu'on devrait d'avoir tranché la question, en mettant les deux camps d'accord.

D'après Stoltz, jusqu'au 6e mois de la grossesse, la portion vaginale du col resterait plutôt longue que raccourcie; et ce ne serait qu'à partir de ce 6e mois que le col commencerait son raccourcissement par un élargissement *fusiforme* de sa cavité; par cela seul l'orifice externe se rapprocherait de l'interne. Mais, arrivé à la dernière quinzaine de la grossesse, le col ne se comporterait plus de la même façon chez la primipare et chez la femme qui a déjà eu des enfants.

Chez la première, l'orifice interne s'ouvrirait le premier, plusieurs jours avant le travail, pour l'expansion du segment inférieur de l'utérus, cette expansion sur laquelle Barnes, Schröder et Duncan lui-même insistent tant pour expliquer l'hémorrhagie dans le cas de *placenta prævia;* puis le reste du col disparaîtrait peu à peu de *haut en bas*, et il ne resterait bientôt plus que l'orifice externe de fermé; toute la partie supérieure du col aurait été absorbée pour l'ampliation du segment inférieur de la matrice, qui est souvent alors très-mince.

Si la femme est multipare, ce serait différent. Dans les 6 ou 7 premiers mois de la grossesse, il n'y aurait dans le col que du ramollissement de

tissu. Mais dans les derniers mois, les lèvres s'infiltreraient en devenant très-épaisses et très-molles, au point qu'elles laisseraient pénétrer le doigt facilement jusqu'à l'orifice interne, qui resterait ici fermé tant que le travail, pour l'accouchement, ne serait pas commencé.

Ainsi donc, tandis que l'orifice *interne* céderait le premier à la dilatation, chez la primipare, pour laisser la partie supérieure du col fournir à l'ampliation du segment inférieur de l'utérus, — ce serait, au contraire, l'orifice *externe* qui, chez la multipare, s'entr'ouvrirait le premier aux approches du travail, pour l'effacement complet du col, l'orifice interne restant fermé tant qu'il n'y a pas commencement de travail.

Il y aurait donc, d'après cela, à distinguer l'effacement du col de sa dilatation. L'effacement serait l'absorption du col pour l'ampliation de l'utérus ; la dilatation, l'ouverture de ce col pour livrer passage au produit, quand les douleurs pour accoucher s'accentuent sérieusement (1).

Maintenant, quelle est la cause des premières contractions de l'utérus pour l'accouchement ? On a beaucoup discuté là-dessus sans s'entendre. Petin, Dubois, Kilian, ont dit que c'était la pression sur le col de la partie fœtale qui se présente ; Mauriceau voulait que ce fût la distension exagérée de l'utérus ; Osiander et Mende, la congestion

(1) Voy. *Manuel d'accouchement* de Schröder ; note de Charpentier, traducteur, p. 102.

menstruelle ; Scanzoni, la réunion de ces deux dernières causes ; Nægélé, la maturité de l'œuf.

Mais, de l'avis de Schröder, c'est Simpson qui aurait donné la véritable explication, que voici sommairement :

Dans les derniers temps de la grossesse, il se produirait progressivement et peu à peu une dégénérescence graisseuse de la caduque, et ce serait lorsque cette dégénérescence serait arrivée au point de détruire toute connexion organique entre l'œuf et l'utérus, que, par la surexcitation même qu'en éprouveraient les extrémités terminales des nerfs utérins, l'action réflexe serait mise en jeu et porterait l'utérus à se contracter de plus en plus fort, avec des repos pourtant, jusqu'à ce qu'il se fût débarrassé de son contenu, devenu pour lui comme un vrai corps étranger.

Pour comprendre, du reste, le mécanisme de la dilatation du col, il suffit de se rappeler que les parois de l'utérus sont appliquées sur un corps ovoïde résistant (l'œuf), — que les fibres du corps sont beaucoup plus puissantes que celles du col, — et que, dès lors, la résistance de celui-ci doit être bientôt vaincue, quand surtout, à l'action dilatante si efficace des fibres longitudinales ou à anses, vient se joindre l'effort mécanique exercé de dedans en dehors par la poche des eaux, poussée dans l'orifice déjà un peu ouvert, et agissant sur lui à la façon d'un coin.

Mais les *vraies* contractions utérines ne sont pas permanentes ; elles sont *intermittentes*. Après 20

ou 30 secondes de durée, la *douleur* (car, ici, douleur et contraction sont synonymes) cesse pour un temps, variable de 15 minutes à 1 minute, suivant qu'on est plus ou moins éloigné du moment de l'expulsion du produit ; puis, elle reparaît, et ainsi de suite jusqu'à la sortie du fœtus, toujours en se rapprochant de plus en plus de celle qui l'a précédée.

L'utérus ne se débarrasse donc, au bout du compte, que par des alternatives d'activité et de repos.

Il y a, d'ailleurs, dans le travail de l'accouchement deux périodes assez distinctes et qu'il est bon de ne pas perdre de vue, à cause de leur utilité pratique : l'une est dite *période de préparation ou de dilatation du col ;* l'autre, *période d'expulsion du fœtus*. Dans la première, le col se dilate, comme nous l'avons dit tout à l'heure, par la double action d'une force vitale (contractions de tout le corps de la matrice) et d'une force mécanique (pression excentrique de la poche des eaux engagée dans l'orifice utérin) : à défaut de poche des eaux, la partie fœtale qui s'engage, vertex ou pelvis, active la dilatation.

Dans la seconde période, le corps de l'utérus se contracte plus fortement que jamais (douleurs *expulsives*), et, s'aidant de l'action des muscles abdominaux, chasse le fœtus de sa cavité.

Cette période d'expulsion ne commence que lorsque la dilatation du col est complète ou presque complète, c'est-à-dire est arrivée à avoir de 7

à 8 centimètres. Si la poche des eaux est faible, elle se rompt dès les premières contractions expulsives, et un flot de liquide s'échappe (premières eaux), — après quoi il y a un certain temps de repos avant de nouvelles contractions. Si la poche est forte, au contraire, elle résiste à un haut degré de distension et accompagne la partie fœtale très-loin, parfois jusqu'en dehors de la vulve; or, quand c'est la tête qui s'échappe, ainsi coiffée d'une calotte membraneuse, l'accoucheur, soit dit en passant, ne doit pas oublier de l'annoncer tout haut, puisque c'est encore considéré partout comme un présage de bonheur pour l'enfant.

Mais il y a, dans l'accouchement, lors de la seconde période, des phénomènes que l'on peut appeler *mécaniques*, qui consistent dans l'évolution passive du fœtus à travers le canal pelvien et sur lesquels nous devons nous arrêter, vu leur importance. Comme ils varient, — dans la forme du moins, — suivant l'attitude du fœtus au moment où les douleurs expulsives commencent, nous allons les étudier dans chacune des présentations et positions principales.

A. Accouchement par le sommet.

Si l'enfant se présente par le sommet, la tête, fortement fléchie, s'engage, dès les premières douleurs expulsives, dans l'orifice utérin dilaté et en même temps dans le détroit supérieur (1er temps); — de là elle descend dans l'excava-

tion, en se fléchissant plus fortement encore (2e temps); — arrivée sur le plancher périnéal, elle exécute un mouvement de rotation qui amène l'occiput presque en avant (3e temps); — puis, elle se présente à la vulve et la franchit par un mouvement de déflexion gradué en pivotant sur la nuque qui s'est arrêtée derrière la symphyse pubienne (4e temps); — et, enfin, une fois hors de la vulve, elle exécute un nouveau mouvement de rotation, déterminé par un mouvement semblable des épaules dans l'excavation (5e temps).

La tête dehors, il y a un léger temps d'arrêt, pendant lequel la femme reprend un peu haleine; mais bientôt l'utérus, qui est revenu sur lui-même jusqu'à s'appliquer immédiatement sur le corps du fœtus, entre de nouveau en contractions et achève l'expulsion du produit; non pas d'un seul coup, mais en deux temps, — la sortie des annexes (placenta et membranes) n'ayant lieu généralement que 10 à 15 minutes après celle de l'enfant. C'est à l'expulsion des annexes ou *délivre* qu'on a donné le nom de *délivrance*, dernier temps de l'accouchement.

Pour tout le travail expulsif, les contractions de la matrice suffiraient seules à la rigueur, comme nous l'avons dit dans les prolégomènes; mais, dans l'immense majorité des cas, cependant, elles sont très-efficacement secondées par l'action simultanée des muscles abdominaux, quand la femme peut *pousser*. Or, cette contraction synergique des muscles de l'enceinte abdominale peut

fort bien être tout à fait volontaire, au début de la *période d'expulsion;* mais, vers la fin, surtout quand les bosses pariétales arrivent à se dégager, elle devient involontaire ; on a beau prier alors la femme de ne pas *pousser*, elle n'obéit plus, *pousse* toujours et ne s'arrête que lorsque la tête est dehors.

En résumé, il y a 5 temps dans l'expulsion de la tête du fœtus se présentant par le sommet, savoir :

1° Engagement de la tête au détroit supérieur;

2° Descente de la tête dans l'excavation ;

3° Rotation *intérieure* de la tête, une fois arrivée sur le plancher périnéal;

4° Dégagement de la tête à la vulve par déflexion graduée ;

5° Rotation *extérieure* de la tête, conséquence d'une rotation *intérieure* des épaules.

(La tête sortie, l'expulsion du tronc est, en général, si facile, qu'on n'en tient pas compte dans le mécanisme de l'accouchement spontané.)

Dans le 1er temps (*fig.* 41), la tête s'engage au détroit supérieur, selon l'axe même de ce détroit ; par conséquent, c'est la bosse pariétale, droite ou gauche, suivant qu'il s'agit d'une première ou d'une seconde position du vertex, et non pas la suture longitudinale elle-même, qui est le point le plus déclive, celui sur lequel tombe d'abord le doigt explorateur. En s'engageant ainsi, du reste, la tête se fléchit fortement pour s'amoindrir le plus

possible ; car c'est là son seul mode de réduction réelle.

Au moment de l'engagement de la tête au détroit

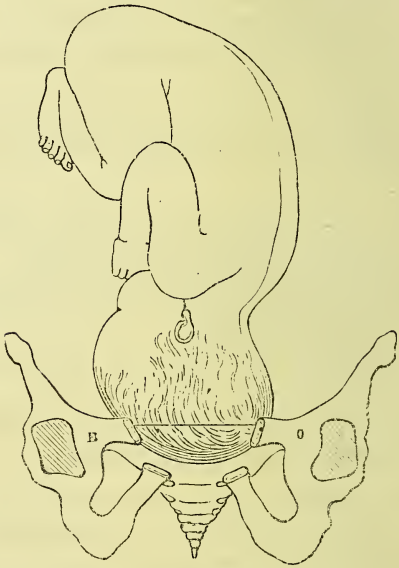


Fig. 41. — 1er temps du mécanisme de l'accouchement par le sommet. — OB, diamètre occipito-bregmatique se mettant en rapport avec le diamètre oblique droit du détroit supérieur.

supérieur, les rapports des diamètres du crâne avec les diamètres du détroit étaient les suivants : le diamètre O F était parallèle à l'un ou l'autre des diamètres obliques du détroit; le diamètre B P, à peu près parallèle à l'autre diamètre oblique ; la circonférence O F, à peu près parallèle au pour-

tour du détroit; et l'axe de ce détroit passait par le diamètre trachélo-bregmatique. Et à présent à la fin du 1er temps, par l'effet de la flexion plus prononcée de la tête, il y a substitution de diamètres plus petits à ceux qui se présentaient d'abord; ainsi, le diamètre sous-O-Br. a remplacé le diamètre O F.

Dans le 2e temps (*fig.* 42), la bosse pariétale

Fig. 42. — 2e temps. OB, diamètre occipito-bregmatique resté en rapport, jusqu'au détroit inférieur, avec le diamètre oblique droit du bassin.

antérieure (que ce soit la droite ou la gauche) s'arc-boute derrière le pilier correspondant de l'arcade pubienne, pendant que la postérieure parcourt toute la hauteur de la paroi postérieure de

l'excavation, au niveau de la symphyse sacro-iliaque qui lui correspond ; de sorte que la grande suture crânienne vient s'offrir directement sous

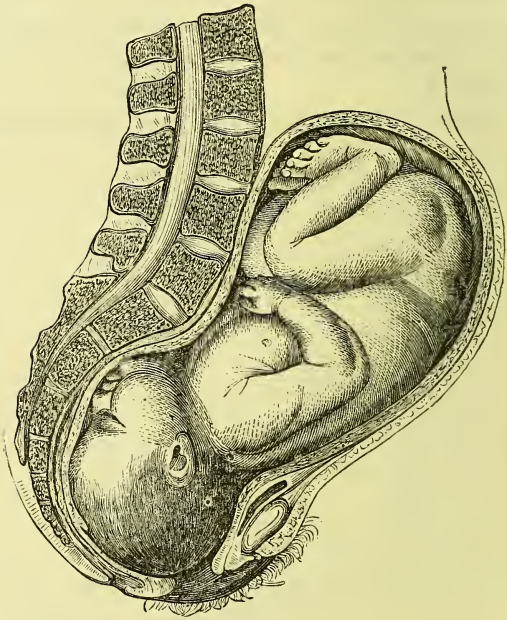


Fig. 43. — 3e temps. Rotation intérieure achevée; la tête commence même le 4e temps (déflexion) (1).

le doigt, dès que la tête approche du détroit inférieur.

(1) *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris, 1864, t. I, art. Accouchement, par Stoltz.

Dans le 3e temps (*fig.* 43), qui a pour but de disposer le crâne de manière que son plus grand diamètre, l'occipito-frontal, s'adapte au plus grand diamètre du détroit inférieur, le *coccy-pubien*, — tout en amenant l'occiput vers l'arcade des pubis, — la bosse occipitale n'arrive pas à regarder directement en avant, mais seulement à s'appuyer derrière le pilier correspondant de l'arcade (Nægelé, Depaul, Pajot, etc.); de sorte que la tête, en définitive, à la fin du 3e temps, reste toujours un peu oblique au-dessus du détroit inférieur (*fig.* 43). Du reste, il faut bien se figurer que ce mouvement de rotation intérieure ne se fait pas d'un seul coup, mais bien par une suite de petits mouvements de va-et-vient. L'occiput, au moment de la douleur, fait un pas en avant, — puis se retire un peu, une fois la douleur passée, pour revenir un peu plus en avant à chaque contraction, — jusqu'à ce que l'angle postéro-supérieur du pariétal antérieur (et non pas la bosse occipitale elle-même) se présente au niveau de la commissure supérieure de la vulve. Si le sommet est descendu en 1re position, cette rotation est à peine sensible, puisqu'elle n'équivaut pas à un seizième de cercle ; tandis que, si le sommet est arrivé sur le plancher du bassin en 2e position, cette rotation est de plus d'un quart de cercle.

Dans le 4e temps (*fig.* 44), l'occiput s'engage presque directement sous l'arcade pubienne, jusqu'à ce que la nuque embrasse exactement par derrière la symphyse des pubis ; et alors, sur

cette nuque, centre du mouvement, pivote la tête entière qui se défléchit peu à peu pour franchir la vulve. Nous disons *peu à peu*, parce que ce dégagement se fait presque toujours avec une certaine lenteur, chez la femme primipare du moins. Ici, en effet, ce n'est guère qu'après que le vertex s'est présenté un assez grand nombre de fois à la vulve, descendant, puis remontant, pour descendre de nouveau, toujours un peu plus à chaque fois, — que le périnée et la vulve sont vaincus dans leur résistance et se laissent dilater au degré voulu pour que les bosses pariétales passent. Oh ! alors, dans ce moment-là, survient une douleur atroce, douleur *conquassante* des auteurs, qui arrache des cris perçants à la femme, la met hors d'elle et la fait contracter violemment tous ses muscles du

Fig. 44. — 4e temps. Les diamètres sous-occipito-bregmatique (*so* B), frontal (*so* F), mentonnier (*so* M), se mettent successivement en rapport avec le diamètre coccy-pubien du détroit inférieur. (D'après Chailly.)

tronc et des bras, pour venir en aide à l'utérus et en finir avec un travail si terrible.

Cette marche lente et progressive de la tête, une fois à la vulve, ne doit jamais être perdue de

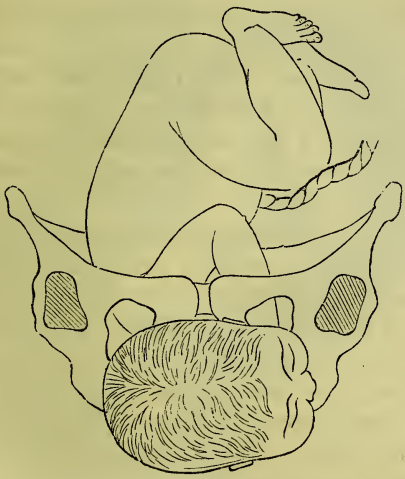


Fig. 45. — 5e temps. (D'après Chailly.)

vue ; car dans certains cas, en appliquant le forceps, chez une primipare à périnée solide, par exemple, il conviendra d'imiter cette sage lenteur de la nature, pour ne pas brusquer l'extensibilité des parties génitales externes ; — c'est-à-dire qu'au moment où les bosses pariétales seront près de se dégager, il faudra plutôt retenir la tête que la tirer.

Enfin, dans le 5e temps (*fig.* 45), la tête du fœtus

fait un nouveau mouvement de rotation qui porte la face à regarder la partie interne et un peu postérieure de l'une ou l'autre des cuisses de la mère. Les anciens accoucheurs avaient tort d'appeler cette rotation extérieure *mouvement de restitution;* car il n'est nullement le résultat d'une torsion préalable du cou, mais bien tout simplement la conséquence d'une rotation *intérieure* des épaules, dont le diamètre bis-acrominal cesse d'être parallèle à l'un des diamètres obliques de l'excavation, pour devenir *presque* parallèle au diamètre coccy-pubien.

Mais ces cinq temps que nous venons de d'écrire ne sont pas toujours aussi distincts. Ainsi, chez beaucoup de femmes ayant eu déjà plusieurs enfants, il n'est pas rare de voir les deux premiers et même les trois premiers temps se confondre en un seul; et, chez d'autres, sans qu'on puisse en donner l'explication, le mouvement de rotation intérieure venir à manquer tout à coup, ou, au contraire, à s'exagérer, quand tout jusque-là avait marché régulièrement. Si cette rotation manque, l'occiput reste en travers ou va même se mettre en rapport avec le sacrum par un mouvement en sens inverse. Si, au contraire, elle est exagérée, l'occiput dépasse la symphyse pubienne et va se mettre en rapport avec la branche des pubis opposée à celle derrière laquelle il aurait dû s'arrêter. Alors, dans le cas de 1re position du sommet, la rotation va jusqu'à 60°, au lieu de 22°,5; et, dans le cas de 2e position, jusqu'à 180° au lieu

de 90°. Si la direction qu'affecte la tête au moment de son dégagement à la vulve jetait du doute sur la position primitive du sommet, au détroit supérieur, il n'y aurait qu'à voir quel est le siége pré-

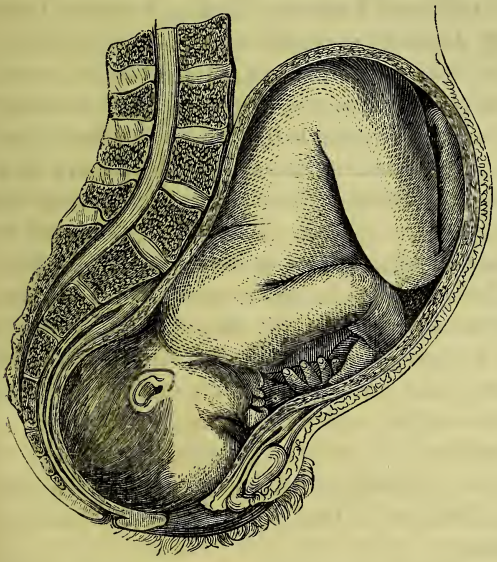


Fig. 46 — Présentation du crâne en position occipito-postérieure, rotation en arrière dans l'excavation (Stoltz).

cis de la bosse séro-sanguine, s'il y en a une, tant faible soit-elle, pour sortir d'incertitude ; car la bosse en question siége sur le pariétal droit, lorsque le sommet était en 1re position pendant l'achèvement de la dilatation du col, et, au contraire, sur le pariétal gauche, quand, à cette même époque, le sommet était en 2e position.

Parce que la rotation intérieure, dans le cas de 2e position du vertex, serait venue à manquer (*fig.* 46), ce ne serait point une raison pour que l'accouchement ne pût pas s'achever spontanément. Si la tête reste fortement fléchie, l'occiput finira par se dégager le premier au devant du périnée,— en le déchirant, il est vrai, plus ou moins ; — et, après cela, la tête n'aura plus qu'à se défléchir pour que le bregma, le front et la face glissent successivement sous la commissure antérieure de la vulve. Mais malheur, si la tête vient à se défléchir avant que l'occiput ait achevé son dégagement au devant du périnée ; car le diamètre occipito-frontal d'abord, puis l'occipito-mentonnier, se mettront en rapport avec le diamètre coccy-pubien qui n'a pas la même étendue ; il y aura alors enclavement de la tête, et on ne pourra guère extraire celle-ci qu'en la broyant.

Dans les 3e, 4e, 5e et 6e positions du sommet, — positions très-rares, d'ailleurs, — le mécanisme d'expulsion de la tête n'offre rien de particulier à signaler.

La tête une fois dehors, quelle est l'épaule qui se dégagera la première ? Les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. Voici ce que dit Cazeaux : « L'épaule antérieure apparaît à la vulve la première, « mais ne se dégage néanmoins que la seconde,— « à moins pourtant que la femme ne soit une primipare à périnée très-résistant : alors, en effet, « l'épaule antérieure se dégage parfois la première. »

Mais Cazeaux s'est trompé, dit M. Pajot, quand il a soutenu cette thèse; contrairement, au reste, à l'opinion de Paul Dubois. Dès qu'une partie fœtale est sous l'arcade pubienne, l'extrémité antérieure de cette partie est comme *hors* du bassin : c'est donc là la première dégagée. Dès lors, il n'y a plus d'hésitations à avoir sur la priorité du dégagement des épaules, pas plus que des fesses, comme nous le verrons plus loin. L'épaule antérieure se dégage *toujours* la première, pour qui sait donner au mot *dégagement* sa véritable signification.

Quoi qu'il en soit, les épaules sorties, le tronc continue le mouvement de rotation que viennent de faire celles-ci, et le fœtus arrive entre les cuisses de sa mère, non pas le dos *en avant*, comme on l'a écrit dans certains traités, mais bien, ainsi que le fait observer M. Stoltz (1), *le ventre, et, par conséquent, la face en l'air,* ce qui est tout avantageux au libre établissement de sa respiration.

Dans son passage à travers le canal génital, la tête subit diverses modifications ; dans ses parties molles d'abord, et aussi dans ses parties dures, dans la forme du crâne.

Du côté des parties molles, c'est ce que l'on appelle la *bosse séro-sanguine* qui frappe le plus, — simple exsudation qui tuméfie le cuir chevelu dans le champ de l'orifice utérin suffisamment ouvert,

(1) Stoltz, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* t. I, p. 276.

et qui ne tient absolument qu'à ce que sur ce point la pression utérine fait défaut, du moment surtout que la poche des eaux n'est plus intacte. Cette tuméfaction, dès lors, se formera, dans la 1re position du sommet, sur l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit, et, dans la 2e position, un peu au-dessus et en arrière de la bosse pariétale gauche. (*Voy.* la *fig.* 47.)

Fig. 47. — Tête déformée, en pain de sucre, l'enfant né en présentation du sommet et après un travail long et difficile ; bosse sérosanguine.

Du côté du crâne, les modifications ne sont pas moins sensibles, quand surtout l'accouchement ne marche pas vite. Les fontanelles, et même les sutures, qui ne sont alors que membraneuses, permettent le chevauchement facile des os. Et, dans les diverses positions du sommet, si l'accouchement se fait lentement, malgré de vigoureuses contractions utérines, on voit la tête sortir avec un crâne plus ou moins déformé ; l'angle de l'occi-

Fig. 48.— Aspect de la tête quand l'enfant naît en présentation du vertex, et que le bassin est étroit en tous sens.

pital s'est engagé sous les angles postérieurs et supérieurs des pariétaux, les bords supérieurs des os du front se sont cachés sous les angles antérieurs et supérieurs des pariétaux, et les bords supérieurs des pariétaux, eux-mêmes, ont un peu chevauché l'un sur l'autre, généralement le postérieur sur l'antérieur, de sorte que le crâne, au lieu de présenter sa forme normale présente une forme irrégulière. (*Voy.* les *fig.* 47 et 48) (1) ; bien plus irrégulière encore, dans le cas où la pression du plancher du bassin contre le pariétal, qui est en arrière, a été très-forte. Alors ce pariétal postérieur s'aplatit et s'engage sous l'antérieur qui fait, au niveau de la suture sagittale, un saillie plus ou moins prononcée. (*Voy.* la *fig.* 49.)

P.R.

Fig. 49. — Crâne asymétrique d'un enfant né difficilement en 2e position du sommet; le pariétal droit a été déprimé par le promontoire.

(1) Dans son remarquable mémoire (*De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique,* 1876), le docteur Budin, de 52 observations bien faites, tire les conclusions suivantes :

Dans l'accouchement normal par le vertex, les diamètres OM et OF, contrairement à ce qu'on croyait généralement, au lieu d'augmenter, diminuent.

Le seul diamètre antéro-postérieur qui augmente est un

B. Accouchement par la face.

Avant d'en venir au mécanisme de l'accouchement par la face, disons un mot des *causes* probables de cette présentation et de la *fréquence* relative.

On est forcé d'admettre que la présentation de la face est quelquefois primitive, puisque certains accoucheurs, et madame Lachapelle entre autres, disent avoir trouvé, sur des femmes mortes à la fin de la grossesse, le fœtus se présentant avec la déflexion complète de la tête, autrement dit par la face, quand le travail n'était pas encore commencé. Mais la présentation de la face est assurément bien plus souvent le résultat d'un arrêt ou d'un déplacement du vertex au moment où il va s'engager dans le détroit supérieur, poussé par des contractions un peu fortes de l'utérus.

diamètre qui du menton va aboutir un peu au-dessus de la petite fontanelle et non pas à la bosse occipitale; c'est le diamètre maximum du docteur Budin.

Le diamètre sous-OBr diminue parfois d'une manière considérable.

Le diamètre bi-T aussi.

Et le diamètre qui se réduit le moins est, contrairement à ce qui a été écrit jusqu'ici, le diamètre bi-pariétal.

Et ces faits s'expliqueraient, du reste, par :

l'existence des fontanelles;

l'existence des sutures membraneuses;

la flexibilité des os vers leurs bords;

l'existence de la charnière fibro-cartilagineuse de l'occipital.

Hecker a voulu faire jouer ici le principal rôle à la saillie exagérée de l'occiput, à ce qu'il appelle *dolichocéphalie*, et il a été jusqu'à avancer que tous les enfants qui naissent par la face sont des *dolichocéphales*. Il n'en est point ainsi ; la dolichocéphalie n'est pas si commune que le prétend Hecker. Si elle existe, il est évident qu'elle favorisera la déflexion de la tête au moment de l'engagement de celle-ci dans le détroit supérieur ; mais cette déflexion a bien plus souvent lieu sans cela.

Mais écoutons Matth. Duncan, qui, dans le XIVe chapitre de son excellent livre *Sur le mécanisme de l'accouchement*, où il traite à fond cette question, nous paraît être dans le vrai :

« Dans l'accouchement ordinaire, dit-il, quand « le vertex se présente, que l'occiput soit tourné « à gauche ou à droite, la transformation en pré- « sentation de la face est empêchée par la lon- « gueur plus considérable du levier antérieur du « crâne. Une forte pression également exercée sur « sa partie supérieure, comme cela a lieu quand « l'axe longitudinal de l'utérus est parallèle ou à « peu près à l'axe du détroit supérieur, détermi- « nera la flexion et non pas l'extension de la tête. »

Mais, que l'axe longitudinal de l'utérus cesse d'être parallèle à l'axe du détroit supérieur, c'est-à-dire qu'il y ait obliquité exagérée de l'utérus *à droite* (et, comme le dit le professeur Pajot, cette obliquité se montre chez 75 femmes sur 100) ; — que la tête fœtale, de plus, soit en 2e position (o i d p), — et qu'il y ait enfin un tant soit peu

de dolichocéphalie ; — et la flexion de la tête, quand celle-ci arrive à s'engager au détroit supérieur, aura bien des chances de n'être plus maintenue.

Admettre ces trois causes, les deux premières au moins, c'est, on le voit, revenir aux idées des Deventer, des Baudelocque et des Dubois.

Il est certain que la présentation de la face, dit Duncan, coïncide bien plus souvent avec une position de l'enfant, le dos tourné à droite, qu'avec la position contraire.

Hecker compte une présentation de la face sur 168 accouchements ; et Collins, une présentation de la face sur 497 accouchements.

Ne serait-ce pas, dit Duncan, que la position donnée à la femme, en Angleterre, où l'on sait qu'on la maintient couchée sur le côté gauche, pendant le travail, — suffirait à expliquer, par le seul redressement de l'utérus dans cette position, la différence dans les deux statistiques anglaise et allemande ?

Quelquefois, sans doute, il y a un obstacle accrochant l'occiput au pourtour du détroit supérieur et forçant la tête à se défléchir, même quand l'utérus est aussi peu oblique que possible ; mais, bien plus souvent, la cause gît uniquement dans une obliquité très-marquée de cet organe, avec le dos de l'enfant tourné dans le sens de cette obliquité. Le redressement de la tête se fait alors au moment où l'axe de l'utérus arrive à se confondre avec l'axe du détroit supérieur.

Si le dos de l'enfant était tourné du côté opposé à l'obliquité utérine, c'est-à-dire à gauche quand l'obliquité est à droite (ce qui est la règle), cette explication ne serait plus aussi plausible ; il deviendrait alors nécessaire d'admettre et un obstacle arrêtant l'occiput sur un point du pourtour du détroit supérieur, et même un degré assez notable de dolichocéphalie.

Dans le mécanisme de l'expulsion de la tête se présentant par la face, il y a encore 5 temps, savoir :

1° Engagement au détroit supérieur de la tête en état d'extension forcée ;

2° Descente, jusque sur le plancher périnéal, de la tête encore plus fortement défléchie ;

3° Rotation intérieure de la tête, qui amène le menton, et non plus l'occiput, à se loger sous l'arcade pubienne ;

4° Dégagement de la tête à la vulve, par flexion graduée ;

5° Rotation extérieure de la tête, conséquence d'une rotation intérieure des épaules, dont le grand diamètre a besoin de se mettre en parallélisme avec le plus grand diamètre du détroit inférieur, le coccy-pubien.

Ici, comme dans le cas de présentation du sommet, la rotation intérieure et le dégagement à la vulve ne se font que par une succession de petits mouvements de va-et-vient. Dans le temps du dégagement, la tête pivote, pour opérer sa flexion, sur la base de la mâchoire qui s'est arc-boutée

sous l'arcade pubienne, comme le fait la nuque dans l'accouchement par le sommet; et, pendant le mouvement de flexion de la tête, c'est naturellement le bregma, puis le sinciput et l'occiput que l'on voit apparaître successivement en avant du périnée.

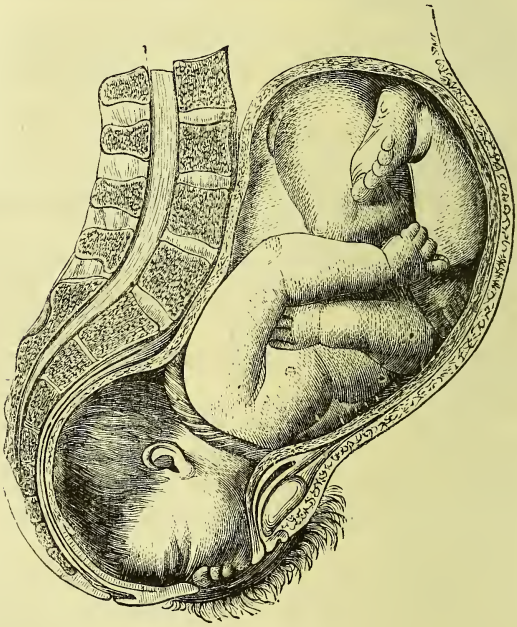


Fig. 51. — Présentation de la face; tête dans l'excavation; rotation achevée (Stoltz).

Mais revenons un peu sur le 3e temps, qu'il est

si important de voir s'effectuer d'une manière régulière.

Pour qu'il y ait accouchement spontané, dans

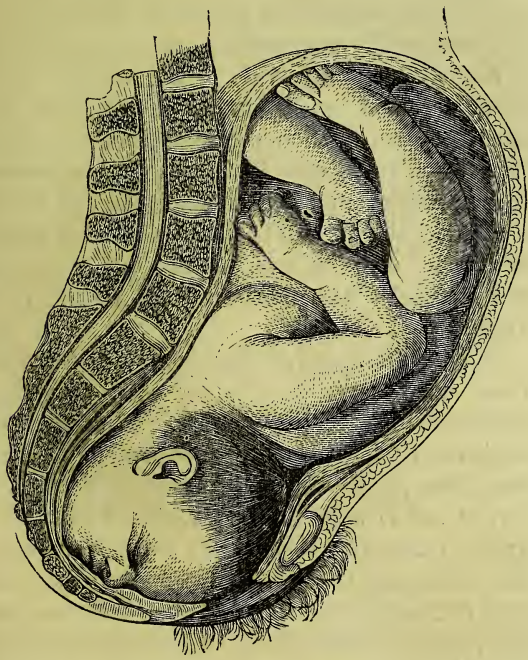


Fig. 52. — Présentation de la face, le menton restant en arrière, faute de rotation de la tête dans l'excavation (Stoltz).

le cas de présentation de la face, il est presque essentiel *que le menton vienne se dégager le premier sous l'arcade pubienne*, la tête étant préala-

blement dans une forte extension (*fig.* 51); sans cela, le diamètre occipito-mentonnier, qui a 13 cent. et souvent même 13 cent. et demi, se mettrait en rapport avec le diamètre coccy-pubien, qui n'a que 12 cent. au plus (en supposant même le coccyx aussi mobile que possible), et, nécessairement, il y aurait enclavement de la tête. Tandis que le menton venant se dégager le premier sous l'arcade des pubis, et non pas le bregma, le détroit inférieur n'a plus qu'à livrer passage successivement aux diamètres trachélo-bregmatique et trachélo-occipital qui n'ont pas plus chacun de 9 cent. et demi et qui, dès lors, passent très-bien, sans même érailler la commissure postérieure de la vulve.

Cependant, il arrive que, bien que le menton reste en arrière, dans le cas de 1re position de la face, faute de rotation (*fig.* 52), l'expulsion spontanée de la tête puisse encore se faire ; c'est qu'alors, très-probablement, le menton, au lieu de butter sur la base du coccyx, s'est logé dans la grande échancrure sciatique en déprimant les parties molles qui la recouvrent, et a soustrait ainsi près de 2 centimètres au diamètre occipito-mentonnier, ce qui permet à l'occiput de glisser derrière la branche pubienne qui lui correspond et de venir se dégager le premier sous l'arcade. Il y a eu ainsi conversion de la présentation vicieuse de la face en présentation régulière du vertex.

Dans la présentation de la face, s'il se forme une bosse séro-sanguine (et cela a lieu souvent), elle

se fait généralement sur l'angle de la bouche qui est en avant ; et comme elle s'étend souvent dans le voisinage, au nez, à l'œil et même à la joue du

Fig. 53. — Forme du crâne quand l'enfant naît péniblement en présentation de la face.

côté opposé, il s'ensuit que l'enfant naît avec un visage tout boursoufflé, bleuâtre et d'un aspect vraiment hideux, et la déformation du crâne lui-même y ajoute encore. (*Voy.* la *fig.* 53.)

C. Accouchement par le siége.

Dans le mécanisme de l'expulsion du siége, on doit encore compter 5 temps, et non pas 4 seulement :

Dans le 1er (et nous supposons la présentation complète), les fesses s'engagent au détroit supérieur, en s'amoindrissant.

Dans le 2e, elles descendent dans l'excavation,

jusque sur le plancher du bassin, en gardant la position qu'elles avaient plus haut.

Dans le 3e, elles subissent une rotation intérieure qui les amène, l'une presque directement en avant, l'autre presque directement en arrière.

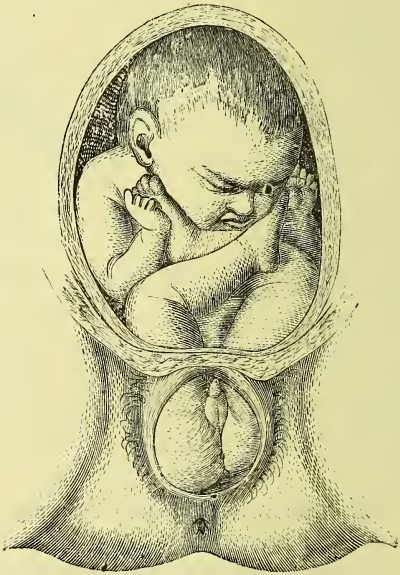


Fig. 54. — Présentation pelvienne. Dos en arrière et à droite. Fesses au détroit inférieur (Stoltz).

Dans le 4e (*fig.* 55), elles se dégagent à la vulve par une succession de petits mouvements de va-et-

vient ; et, comme pour le dégagement des épaules dans les présentations de la tête, c'est la *fesse antérieure* qui se dégage toujours la première ; Cazeaux s'est trompé en affirmant le contraire.

Enfin, dans le 5e, la partie dégagée exécute une rotation extérieure qui amène le plan antérieur du fœtus à regarder la partie interne et postérieure de l'une ou l'autre des cuisses de la mère, suivant la position.

Si les pieds étaient plus bas que les fesses, ce sont eux qui sortent les premiers (*fig.* 56) ; mais quand le siége arrive au détroit supérieur, les 5 temps précédemment décrits commencent à s'effectuer comme dans le cas de présentation complète, sans aucune différence.

Fig. 55. — Dégagement des fesses (1e temps du mécanisme de l'accouchement spontané par cette extrémité).

Si les pieds étaient un peu plus haut que les fesses, au contraire, ils se trouvent arrêtés par le bord de l'orifice utérin, au moment où les fesses s'engagent, se relèvent complétement sur le plan

antérieur du fœtus, et n'apparaissent au dehors qu'en même temps que le thorax.

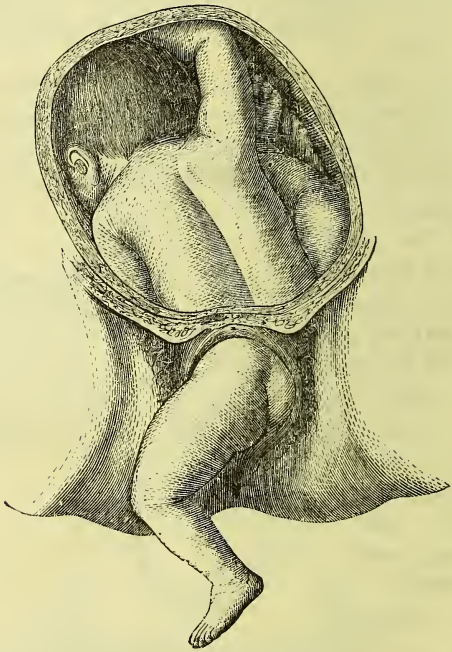


Fig. 56. — Présentation pelvienne. Dos en avant et à gauche. Dégagement de la hanche gauche. Prolapsus du membre inférieur du même côté (Stoltz).

Quant aux bras, si l'accouchement se fait par les seuls efforts de la nature, ils restent généralement appliqués le long de la poitrine et sortent avec elle. Ils ne se relèvent guère sur les côtés de

la tête, que lorsqu'on tire sur le fœtus pour hâter son expulsion.

C'est encore en tirant sur le fœtus qu'on fait que la tête se défléchit. Autrement, cette partie, poussée par le fond de l'utérus qui la suit, resterait fléchie sur le thorax.

Quand les épaules sont dehors (et, pour sortir, elles se placent l'une en avant, l'autre en arrière), la tête, restée seule dans l'excavation (Voy. *fig.* 57), s'arcboute par la nuque sur l'un des côtés de la symphyse pubienne, et le menton, puis le reste de la face, puis le bregma, le sinciput et enfin l'occiput, viennent se dégager successivement en avant du périnée. La tête roule sur la nuque, qui est le centre du mouvement.

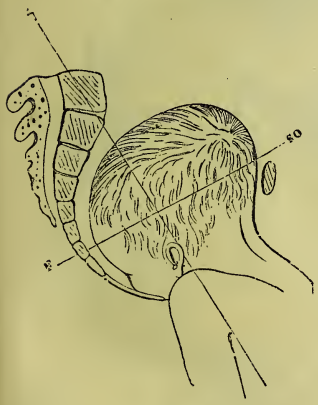


Fig. 57. — 5e temps de l'accouchement spontané par les fesses, le diamètre sous-occipito-frontal (so F) se met en rapport avec le diamètre coccy-pubien.

Si l'occiput, par une cause quelconque, restait en arrière au lieu de venir en avant, ce serait un accident qui nécessite, en général, l'intervention de l'accoucheur. Cependant, on aurait tort de trop s'en effrayer, car l'accouchement peut très-bien,

malgré cela, se terminer spontanément, soit que, la tête restant fléchie, le front glisse de haut en

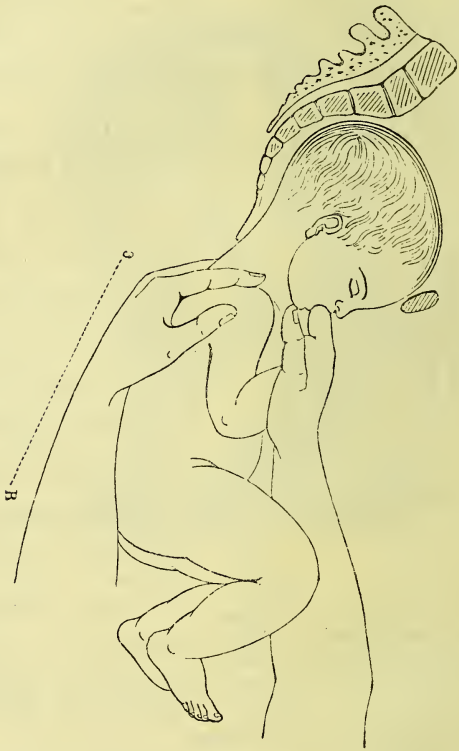


Fig. 58. — Accouchement par les pieds, tête se dégageant l'occiput en arrière, et fléchie. Deux doigts de la main droite engagés dans la bouche maintiennent la flexion de la tête pendant que la main gauche tire directement sur le tronc de O en B.

bas derrière les pubis, pendant que l'occiput reste

fixé dans la concavité du sacrum (*fig.* 58) ; soit que, la tête s'étant défléchie au détroit supérieur, et le

Fig. 59. — Menton arrêté au-dessus de la symphyse pelvienne; dégagement par l'occiput (Stoltz).

menton étant resté accroché au-dessus des pubis, l'occiput glisse sur le sacrum et la face supérieure du périnée, et vienne se dégager le premier à la commissure postérieure de la vulve (*fig.* 59).

Le seul mauvais côté de la présentation pelvienne, c'est d'exposer beaucoup l'enfant à l'asphyxie par compression du cordon. Eh bien, quand les membres inférieurs sont relevés sur le plan antérieur du fœtus, les risques de cette compression sont bien moindres : d'abord, parce que l'orifice utérin a été plus dilaté dès le début de la période expulsive et, par conséquent, a perdu plus de son ressort que si les pieds se fussent présentés les premiers; — ensuite, parce que le cordon a de grandes chances de se loger, soit entre les deux jambes, soit à côté de l'une d'elles, et d'y trouver protection contre l'action du cercle utérin.

Fig. 60. — Tête normale, non altérée dans sa forme, — l'enfant étant né en présentation pelvienne. Il faut que l'on ait affaire à une femme multipare et accouchant même facilement, pour voir la tête fœtale arriver avec cette régularité de conformation, si l'enfant naît par le sommet.

D. Accouchement par le tronc.

L'utérus, dans ses contractions, tend ordinairement à prendre la forme régulièrement ovoïde et à corriger, par là, une mauvaise présentation du fœtus; mais il n'y réussit pas toujours, chez les

femmes surtout qui ont eu déjà plusieurs enfants et dont l'organe gestateur est resté affaibli. Jamais il ne laisse persister une présentation directe du ventre ou du dos; mais il laisse persister trop souvent une présentation de l'un des côtés du tronc, parce que, ainsi que le fait remarquer M. Nægelé, ces côtés, étroits et irréguliers, n'ont pas une forme qui permette à la paroi utérine d'agir sur eux comme elle agit sur le dos ou sur le ventre.

Quoi qu'il en soit, la présentation de l'épaule est un cas de dystocie qui nécessite, comme règle générale, l'introduction de la main pour la version podalique. Le médecin, qui arrive à temps et à point pour intervenir, ne doit donc jamais compter sur les efforts de la nature.

Néanmoins, il est bon de savoir que dans certaines circonstances, — quand le bassin est ample et le fœtus petit, avant terme, que les contractions utérines sont énergiques, les parties molles peu résistantes, et qu'il y a eu déjà plusieurs accouchements faciles, — l'accouchement peut encore se faire ici par les seules forces de l'organisme; l'épaule s'engage profondément dans l'excavation, se loge sous l'arcade pubienne et laisse ainsi assez d'espace entre elle et le sacrum pour que l'extrémité pelvienne du fœtus (que nous supposons peu volumineux) puisse glisser de haut en bas sur la paroi postérieure du conduit vulvo-abdominal et venir se dégager la première en avant du périnée. C'est là ce que l'on appelle, — depuis P. Dubois, qui, le premier, a parfaitement décrit cette sorte

de version pelvienne, — l'*évolution spontanée* du fœtus; évolution qui exige, disons-le de suite, un

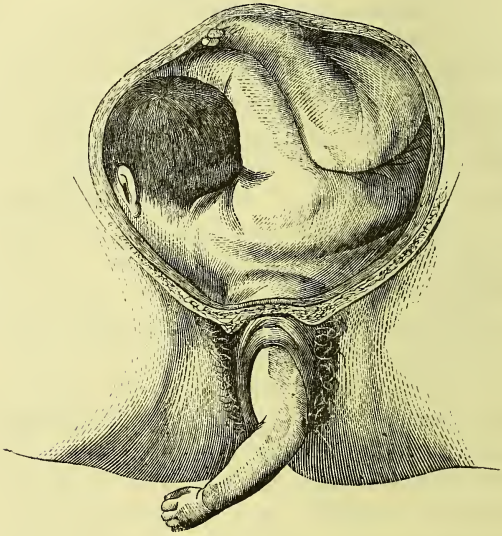


Fig. 61. — Présentation de l'épaule gauche, 2e position, le bras sorti (Stoltz).

travail si terrible de la part de l'utérus, que, sur 137 enfants naissant ainsi, il y en a 125 qui arrivent morts (Velpeau), et que les trois quarts des mères elles-mêmes succombent également, soit d'épuisement nerveux, soit de métro-péritonite.

On peut encore compter 5 temps distincts dans le mécanisme de l'*évolution spontanée* (Pajot).

Dans le 1er (temps d'amoindrissement et d'en-

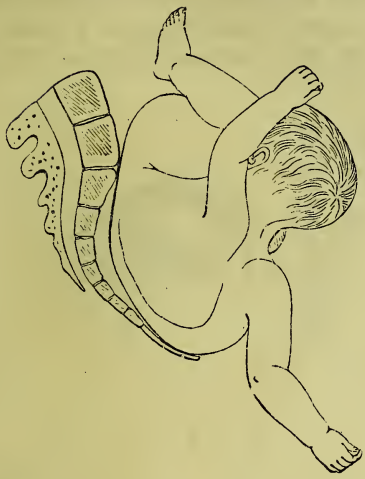


Fig. 62. — Évolution spontanée, 2e temps, d'après Chailly.

Fig. 63. — Évolution spontanée, 3e temps, d'après Chailly.

gagement au détroit supérieur), le fœtus s'infléchit fortement sur le côté opposé à celui qui se présente (*fig.* 61); la tête s'applique obliquement

Fig. 61. — Évolution spontanée, 4e temps, d'après Chailly.

sur la poitrine; la fesse et l'épaule supérieures se rapprochent l'une de l'autre; et l'épaule inférieure, allongée par compression circulaire, s'engage au détroit supérieur.

Dans le 2e (temps de descente), l'épaule s'engage encore davantage dans l'excavation, et le flanc inférieur descend lui-même presque à toucher le plancher périnéal (*fig.* 62).

Dans le 3e (temps de rotation *intérieure*), le fœtus, tout ployé qu'il est sur lui-même, exécute de petits mouvements de va-et-vient dans le sens hori-

zontal, qui finissent par amener la tête sur les pubis, le côté du cou derrière la symphyse pu-

Fig. — 65. Évolution spontanée, 5e temps.

bienne, l'épaule sous l'arcade de même nom et le siége dans la concavité du sacrum (*fig.* 63).

Dans le 4e (temps de *déflexion latérale* ou de *dégagement* du tronc), le flanc, puis la hanche du côté correspondant à l'épaule engagée, et enfin les fesses et les membres inférieurs se dégagent successivement en avant du périnée (*fig.* 64). Il ne reste plus, dans l'excavation, que la tête et un bras.

Dans le 5e, enfin, il y a une rotation *extérieure* qui amène le dos en avant et qui n'est que la conséquence d'une rotation *intérieure* qu'exécute la tête pour se placer l'occiput en avant, de manière à se dégager, comme dans l'accouchement ordinaire, par le siége (*fig.* 65).

Si nous jetons, maintenant, un coup d'œil sur le mécanisme de l'accouchement dans chacune des présentations, nous verrons que le professeur Pajot a eu parfaitement raison d'avancer (1) qu'il y a, au milieu des variantes que nous avons données, un *mécanisme fondamental* qui est toujours le même et se compose de 5 temps; savoir :

1° Un 1er temps pendant lequel la partie du fœtus qui se présente subit des pressions qui diminuent son volume et modifient même sa forme, pour qu'elle s'engage aussi facilement que possible au détroit supérieur et de là dans l'excavation (*temps d'amoindrissement et d'engagement*). L'amoindrissement s'obtient seulement par des procédés différents, suivant la partie qui se présente : pour le siége, où il y a plus de parties molles que d'os, c'est par une véritable diminution de volume; pour les épaules, qui sont encore assez réductibles, par une réduction réelle et par le dégagement sous l'arcade pubienne de l'épaule qui se présente; et, pour la tête, qui n'est que très-peu réductible, par une flexion forcée, si c'est le vertex, et, au contraire, par une déflexion forcée, si c'est

(1) Cozzonis. Thèse, Paris, 1857.

la face qui descend dans le bassin. Mais peu importe la forme; le fond reste toujours le même, *amoindrissement pour la facilité de l'engagement.*

2° Un 2e temps, pendant lequel la partie qui vient de s'engager au détroit supérieur descend jusqu'au fond de l'excavation, autant du moins que sa forme et ses dimensions le lui permettent. C'est donc là un *temps de descente et d'engagement complet.*

3° Un 3e temps, pendant lequel la partie qui est arrivée sur le plancher du bassin exécute ce que Baudelocque appelait le *mouvement de pivot*, et ce qu'on appelle aujourd'hui le *mouvement de rotation intérieure*, rotation qui a pour but de disposer la partie du fœtus qui va se dégager la première, de façon que son plus grand diamètre se trouve, au détroit inférieur, parallèle au diamètre *coccy-pubien*, que la mobilité du coccyx rend, nous le savons, plus grand que les autres.

4° Un 4e temps, pendant lequel la partie qui vient d'opérer cette rotation intérieure se dégage et franchit la vulve. Ce *dégagement à la vulve* se fait par des procédés variables, suivant la partie fœtale qui se présente, et même suivant que cette partie, si c'est la tête, est fléchie ou défléchie; mais le but est toujours le même, le *dégagement.*

5° Enfin, un 5e temps, pendant lequel la partie du fœtus qui est encore dans le bassin, et qui doit se dégager la seconde, exécute un mouvement de *rotation intérieure*, pour adapter son plus grand diamètre *au plus grand diamètre* du détroit infé-

rieur. La *rotation extérieure* de la première partie dégagée n'est évidemment qu'une conséquence de la rotation intérieure de la partie qui suit.

Tel est, d'après notre savant maître et ami, le mécanisme fondamental de l'accouchement spontané, quelles que soient et la présentation et la position du fœtus. En analysant mieux les procédés qu'emploie la nature pour l'expulsion du produit, et en les faisant mieux comprendre qu'on ne l'avait encore fait, ce célèbre professeur a rendu à l'art obstétrical un véritable service: car il a mis le praticien à même d'intervenir avec plus d'intelligence dans les cas difficiles (1).

Mécanisme de l'accouchement gémellaire.

Quand les deux enfants viennent par la tête, comme c'est le cas le plus ordinaire (134 fois sur 329), ou l'un par la tête et l'autre par les pieds (86 fois sur

(1) L'*accommodation*, comme le dit fort bien le docteur A. Pinard (*Annales de gynéc.*, t. VII, p. 69), telle qu'elle a été décrite et qu'elle est enseignée par le professeur Pajot, constitue, au point de vue scientifique comme au point de vue pratique, un des plus grands progrès de l'obstétrique. Il n'y a que Math. Duncan, entre les auteurs modernes, qui ne rende pas, sur ce point, justice au professeur Pajot. C'est qu'évidemment il n'a pas lu, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, l'admirable article PHÉNOMÈNES DE L'ACCOUCHEMENT. Qu'il le lise, et, après cela, il ne dira plus que le mécanisme de la parturition est encore à décrire.

329), le mécanisme de leur expulsion ne présente rien de particulier à signaler. Il faut seulement savoir que le travail n'est pas toujours rapide, et qu'au contraire il traîne souvent en longueur; ce qui s'explique, du reste, par la faiblesse des contractions de l'utérus, qui ne peut agir sur le premier œuf, pour l'expulser, qu'au travers du second, et qui, plus tard, quand il doit agir sur ce dernier, est épuisé et a perdu presque toute son énergie.

Si les fœtus ont chacun une poche distincte, formée d'un chorion et d'un amnios, et chacun aussi un placenta distinct, la naissance du second peut fort bien ne pas suivre immédiatement celle du premier; il peut y avoir entre les deux naissances un intervalle de plusieurs heures et même de deux ou trois jours et plus.

Mais il n'en est plus de même si les fœtus sont renfermés dans une même poche et ont un placenta à peu près commun : leur expulsion ne peut plus avoir lieu séparément; le travail, une fois commencé pour l'un, se continue sans interruption pour l'autre. Mais aussi il peut survenir, dans ce cas, des complications fâcheuses : à côté de la tête d'un des fœtus, par exemple, peuvent s'engager les pieds de l'autre; ou bien, les pieds des deux fœtus peuvent tous se présenter pêle-mêle dans l'orifice utérin; ou bien encore, les deux fœtus, se présentant de travers, peuvent se trouver croisés, l'un ayant sa tête dans la fosse iliaque droite, quand l'autre l'a dans la fosse iliaque gauche, etc., etc.

Conduite de l'accoucheur auprès d'une femme en travail.

Est-on demandé pour faire un accouchement, près de chez soi, on peut, à moins qu'on ne sache que le cas est pressant, se contenter d'emporter son stéthoscope, quelques grammes de seigle ergoté, et sa trousse, dans laquelle doivent se trouver : une paire de ciseaux droits à pointes mousses, — une sonde à femme, — un long bistouri ordinaire, à tranchant un peu convexe vers la pointe, — un second bistouri droit et boutonné, — un tube laryngien, — deux ou trois aiguilles courbes à suture, et des fils tout cirés. Dans le cas où l'on trouverait le travail avancé et ne marchant pas, cependant, régulièrement, on serait toujours à même d'envoyer quérir son forceps (1).

Mais, est-on demandé pour assister une femme habitant un quartier éloigné, et, à plus forte raison, la campagne, on devra se faire suivre de tous ses instruments obstétricaux, et ces instruments *indispensables* (2), que nous tenons toujours réunis,

(1) Nous recommandons le nouveau forceps brisé de M. Pajot; c'est un excellent instrument, qui joint à une parfaite solidité l'avantage inappréciable d'être vraiment portatif et susceptible même d'être caché aux regards, si l'on a soin de le renfermer, démonté, dans un sac de couleur sombre.

(2) *Voy.* la lettre du docteur L. Pénard (de Rochefort) à l'un de ses élèves, dans les *Annales de gynécologie*, t. IV, p. 323.

pour les besoins de notre propre clientèle, dans une petite caisse faite tout exprès, sont :

1° Un forceps, le forceps français ordinaire;

2° Un perce-crâne, celui de Blot;

3° Un céphalotribe, celui de Blot encore;

4° Une paire de ces grands ciseaux dits *céphalotomes;*

5° Un long trocart;

6° Une longue et forte sonde élastique, armée de son mandrin;

7° Un compas de Baudelocque, démontable;

8° Un fort et solide fil à fouet, armé d'une balle trouée;

9° Un flacon contenant une trentaine de grammes de chloroforme;

10° Et, enfin, un autre flacon contenant une certaine quantité de seigle ergoté en grains.

Et disons de suite que s'il ajoutait à cela :

Le colpeurynter de Braun, pour tamponnement rapide; — la sonde à double courant de Stoltz, pour injections intra-utérines; — une pince à faux-germe; — la curette de Pajot, pour l'extraction du placenta retenu dans l'utérus après avortement; — une longue pince à polype courbe; — quelques morceaux d'éponge préparée; — un dilatateur utérin quelconque, — et un flacon contenant de 50 à 60 grammes de perchlorure de fer liquide,— le médecin-accoucheur aurait dans sa caisse, réunis, — en y comprenant bien entendu son stéthoscope et ce que contient sa trousse, — tous les instruments et objets nécessaires pour voler au secours

d'une femme enceinte, plus ou moins avancée dans sa grossesse, et atteinte de n'importe quel accident exigeant son intervention.

Arrivé près de la femme, il faut l'accoster avec une physionomie rassurante, et non avec cet air grave et important que certains docteurs se donnent si sottement à tout propos.

Puis, après s'être enquis de son âge, de son état de santé habituel, de la date des premières règles, des particularités de la menstruation, et de celles des grossesses, avortements ou accouchements antérieurs, s'il y en a eu, on cherche à résoudre immédiatement les trois questions suivantes :

1° La femme est-elle réellement enceinte?

2° Est-elle à terme?

3° Est-elle en travail?

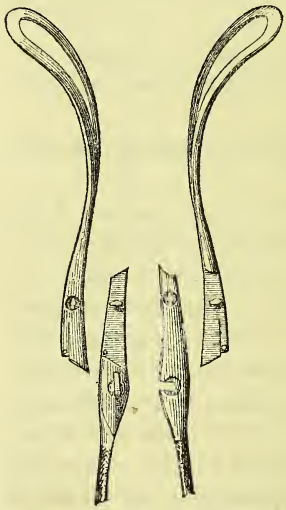


Fig. 65. — Forceps brisé de Pajot.

La tournure de la femme et son genre de plaintes, à intervalles presque réguliers, joints à tout ce qu'elle peut énumérer en fait de signes de grossesse, suffisent d'ordinaire à faire résoudre affirmativement la première question. Mais si, par

hasard, on restait encore dans le doute, on n'aurait qu'à rechercher le seul signe infaillible, *les bruits du cœur*, en se rappelant bien, toutefois, qu'ils ne s'entendent pas au moment des douleurs, et que, par conséquent, il faut profiter d'un temps de repos pour ausculter. Si, pendant les contractions un peu fortes, on n'entend plus le cœur du fœtus, ce n'est pas que celui-ci soit comprimé à en être étouffé; mais bien parce que les sinus utérins compris entre deux couches musculaires sont aplatis et vidés, d'où arrêt momentané dans la circulation fœtale.

Pour savoir si la femme est *à terme*, on se borne généralement à lui demander à quelle époque ont apparu ses règles pour la dernière fois, et à calculer si, jusqu'au moment présent, il s'est écoulé 9 mois, plus 7 ou 8 jours (1); s'il y a du doute sur la date des dernières menstrues, on demande quand les premiers mouvements spontanés du fœtus se sont fait sentir, et l'on voit si l'on est réellement à 4 mois et demi au delà; — on demande encore si le ventre n'a pas *baissé*, ou si la matrice ne s'est pas notablement *inclinée en avant* par son fond

(1) Si le coït fécondant a eu lieu longtemps après les règles finies, malgré l'œuf fécondé, il survient assez souvent encore une hémorrhagie qui ressemble un peu à une réapparition cataméniale; mais l'époque est avancée ou retardée, l'écoulement est de courte durée, et le sang est en plus petite quantité et plus aqueux. C'est une hémorrhagie sans ovulation, celle-ci étant déjà faite : ce ne sont donc pas de vraies règles. (Schröder, *Manuel d'accouchement.*)

(Stoltz), depuis 12 ou 15 jours, ce qui indique, en général, que la grossesse est proche de sa fin; — s'il n'y a pas eu de douleurs *préparantes* (1), — si, depuis 2 ou 3 jours, il n'est pas survenu un écoulement vaginal glaireux, épais, filant comme du blanc d'œuf; — et, si tout cela ne paraît pas clair, on pratique le toucher pour juger du degré de mollesse du col; si la femme est à terme, cet organe est complétement mou et en voie d'effacement; puis on sent, dans le cas de présentation du sommet, que le segment inférieur de la matrice plonge dans le haut de l'excavation, d'où ces envies incessantes d'uriner et parfois aussi d'aller à la selle, qui indiquent encore que la grossesse est à terme.

Enfin, on reconnaît que la femme est *en travail* quand, au moment des douleurs, — qui reviennent à intervalles de plus en plus courts et qui *portent* aux pubis ou au fondement, — on trouve, au palper, que le fond de la matrice se durcit, et, au toucher, que le pourtour de l'orifice utérin de-

(1) Les douleurs dites *préparantes* sont rares chez les primipares qui jouissent d'une bonne santé; au contraire, elles sont communes chez les pluripares, où elles préludent 6, 8 et même 15 jours à l'avance. Elles se montrent d'habitude dans la première moitié de la nuit, intermittentes, empêchant le sommeil, et disparaissent le jour. Elles s'accompagnent, du reste, de fréquents besoins d'uriner, de poids sur le fondement et de mouvements extraordinaires du fœtus. (Stoltz, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. I, p. 229.)

vient lui-même tendu et presque rigide, ce qui n'a pas lieu si les douleurs sont *fausses*. Mais le signe vraiment caractéristique du début du travail est l'*effacement complet du col avec un commencement de dilatation dans l'orifice interne*. Tant que cet orifice est complétement fermé, chez la primipare, ou ne laisse pénétrer que l'extrémité de la pulpe de l'index, chez la multipare, le travail n'est pas commencé.

La *fausse douleur* est continue, ne va pas en augmentant progressivement d'intensité, ne porte pas au fondement ou aux pubis et ne s'accompagne d'aucun changement dans le col. Elle est donc bien facile à distinguer de la *vraie douleur*, qui est tout l'opposé (1). Or, cette distinction est des plus utiles à faire pour le praticien, puisque, s'il prenait de fausses douleurs pour des douleurs vraies, il s'exposerait à perdre son temps auprès d'une femme qui peut être à plusieurs jours encore de son accouchement, et, ce qui est plus fâcheux, à perdre la confiance de ceux qui l'ont fait appeler. Cela

(1) « Le point de départ des *vraies* douleurs, comme l'a « très-bien dit madame Boivin, est véritablement le col qui « est tiraillé et qui se dilale; tandis que les *fausses* dou- « leurs ont leur point de départ dans un organe du voisi- « nage, ou tout au plus dans le fond même de l'utérus « atteint d'état névralgique, rhumatismal ou inflammatoire; « puis elles sont continues, varient de siége, et ne s'accom- « pagnent d'aucune modification dans le col, ni d'aucune « contraction régulière dans le corps de l'organe. » (*Mémorial de l'art des accouchements*, 4e édit., Paris, 1836.)

revient à dire qu'il ne doit pas s'en rapporter à la femme quand elle annonce qu'elle va accoucher prochainement parce qu'elle souffre, et qu'il doit pratiquer le *toucher* pour juger lui-même de l'état du col. S'il trouve cet organe ayant encore une certaine longueur et l'orifice interne complétement fermé, il sait qu'il a du temps devant lui et qu'il peut se retirer, quitte à revenir dans quelques heures apprécier les changements qui ont pu s'opérer depuis le premier examen; tandis que, si le col est tout à fait effacé, et que le doigt, porté sur lui, trouve l'orifice interne déjà un peu ouvert et laissant percevoir les membranes qui se tendent au moment de la douleur, il doit considérer le travail comme à son début et se comporter en conséquence.

Plus tard, quand il verra les glaires vaginales se teindre d'un peu de sang, — la femme *marquer*, comme on dit vulgairement, — il en conclura avec assez de raison que le travail se fait; car ce sang, qui rougit les glaires, provient nécessairement ou de quelques vaisseaux capillaires déchirés dans le décollement des membranes, ou du col lui-même dont l'orifice s'éraille en se dilatant.

En moyenne, la dilatation du col, pour être complète, demande, chez une primipare, de 6 à 8 heures, et, chez une multipare, de 4 à 6 seulement; quant à la durée de la période d'expulsion, elle est à celle de la période de dilatation :: 1 : 2 ou 3. On se basera là-dessus, si l'on a absolument besoin de s'absenter, — tout en n'oubliant pas

qu'il est des pluripares qui accouchent *en deux ou trois heures.*

Il n'est pas nécessaire que le col soit dilaté ni même complétement effacé, pour que l'on reconnaisse très-bien sous le doigt, au travers du segment inférieur de l'utérus, la présentation du sommet; on peut donc, puisque c'est une bonne nouvelle, s'empresser de l'annoncer tout haut. — Quant à la position, elle ne saurait être précisée que lorsque le col est largement dilaté et même les membranes rompues. Mais on sait qu'il y a 4 chances sur 5 pour qu'on ait affaire à une première position (o i g a).

Si la femme dit avoir perdu ses eaux, il faut vérifier la chose, et, pour cela, pratiquer le toucher au début d'une douleur, parce que c'est à ce moment-là que les membranes *bombent* si elles sont encore entières. Si donc, touchant pendant une contraction, on s'aperçoit qu'aucune poche ne bombe sous le doigt et que celui-ci se promène, au contraire, dans le champ de l'orifice utérin, sur une surface plissée au lieu d'être tendue, on saura qu'effectivement les membranes sont rompues et les eaux en voie d'échappement; du reste, si l'on garde le doigt en place jusqu'à la fin de la douleur, on sentira un jet de liquide chaud s'échapper à ce moment-là, et glisser sur la paume de la main. Si la poche est, au contraire, rénitente pendant la contraction de la matrice, et ne laisse échapper aucun jet de liquide séreux, on a la conviction que la femme s'est trompée, qu'elle a pris des glaires

vaginales ou un jet d'urine involontaire pour une perte d'*eaux,* et que les membranes de l'œuf sont encore entières.

En général, elles ne se rompent que lorsque la dilatation du col est achevée, lorsque l'orifice interne est ouvert de 7 à 8 centimètres, et au moment, par conséquent, des premières douleurs expulsives. Alors, l'accoucheur ne doit plus quitter la femme sous aucun prétexte, et doit même toucher à chaque forte douleur, pour suivre exactement les progrès de l'expulsion qui va commencer, et se tenir prêt à réduire de suite une main, un pied, ou une anse de cordon, venant à se glisser subitement à côté de la tête qui s'engage.

Jusque-là, on n'a dû toucher que le moins possible, parce que cette manœuvre déplaît toujours beaucoup à la plupart des femmes; — qu'elle est d'ailleurs sans utilité tant que la dilatation n'est pas complète, si surtout on sait que c'est le sommet qui se présente; — et qu'elle a, au contraire, son danger, en exposant à une rupture prématurée de la poche des eaux, poche qui aide si efficacement à la dilatation du col et qu'il faut laisser, en général, se rompre d'elle-même.

Si, au lieu du sommet, on reconnaissait que c'est la face, le pelvis ou l'épaule qui se présente, il faudrait encore, lors même que la dilatation serait à peine commencée, ne pas s'éloigner de la femme, parce que d'un moment à l'autre il peut y avoir nécessité d'intervenir.

Dans tous les cas, il ne faut pas oublier la vessie

et le rectum, qui devraient être vides l'un et l'autre, quand la partie qui se présente est sur le point de s'engager dans l'excavation. On prescrit donc, au besoin, un lavement; et si la miction est devenue impossible, bien que la vessie soit distendue par une assez grande quantité d'urine, il n'y a pas à hésiter; quoi qu'il en coûte à la femme, on doit recourir au cathétérisme.

Tant que, dans le cas de bonne présentation, la dilatation du col n'est pas complète, on peut permettre à la femme de se promener dans l'apparment; car il y a à cela plus d'avantages que d'inconvénients. — Mais il n'en est plus de même lorsque le col est tout à fait dilaté, que les membranes sont rompues et que les douleurs deviennent expulsives : on doit alors engager la femme à se mettre sur le *lit de misère*, ou, à défaut, en travers sur le pied de son lit.

Le *lit de misère* ou *petit lit* est ordinairement un lit de fer ou de sangles, étroit, qu'on n'appuie à la muraille que par la tête, et qu'on a garni de deux matelas, d'un drap, d'une couverture et de quelques oreillers; le matelas de dessous sera étendu dans toute sa longueur, tandis que celui de dessus sera replié sur lui-même et de haut en bas, dans un peu plus du tiers de sa longueur (*fig.* 66).

La pratique française, qui est la meilleure, veut que la femme se place sur ce lit, de façon que le dos repose bien à plat, que le bassin porte sur l'extrémité du matelas supérieur, que les cuisses et les jambes soient maintenues demi-fléchies et

un peu écartées, les pieds s'arc-boutant sur une planche ou un traversin, et que la tête et le haut

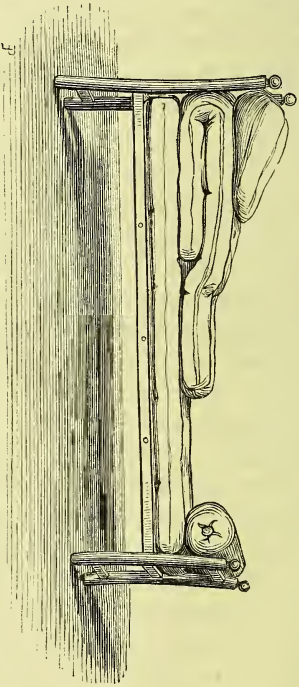


Fig. 66. — Lit de misère. — Manière de disposer le matelas supérieur.

de la poitrine soient soutenus par un ou deux oreillers.

On s'est occupé de dresser le *lit de misère* dès qu'on a vu la dilatation du col marcher franche-

ment. Un peu plus tard, on songe à préparer ce qu'il faut : 1° pour ranimer l'enfant, s'il naissait asphyxié ; 2° pour lier, couper et panser le cordon ombilical ; 3° pour arrêter, au besoin, chez la mère, une hémorrhagie par inertie utérine consécutive. Mais on a bien soin de faire ces divers préparatifs sans bruit, sans embarras, comme s'ils n'étaient pas importants.

Pour ranimer l'enfant, en cas d'asphyxie, on tiendra prêts : du vinaigre, de l'eau-de-vie, un morceau de flanelle, une plume avec ses barbes, de l'eau chaude, de l'eau froide, une petite baignoire ou un vase assez grand pour qu'on y puisse plonger le fœtus, et un tube laryngien.

Pour la ligature, la section et le pansement du cordon, on aura sous la main : deux lacs de fil ciré, de deux ou trois brins chacun, et longs de 25 à 30 cent. au plus ; de bons ciseaux ; un petit linge enduit de cérat ou d'axonge et taillé en T ; un petit gâteau d'ouate ; une compresse mollette ; et un bandage de corps, de 8 centimètres de largeur sur 40 centimètres de longueur, et muni de galons convenablement disposés, pour éviter de se servir d'épingles qui peuvent avoir leur danger.

Enfin, pour remédier à une hémorrhagie par inertie consécutive, chez la femme, on aura : du seigle ergoté (au moins 2 grammes en 3 ou 4 paquets) ; un citron, ou une éponge fine et du vinaigre de table pur ; de l'eau froide ; de l'étoupe ou un vieux mouchoir de toile ; plusieurs serviettes non dépliées, et un bandage de corps solide, qui,

dans tous les cas, servira à *cintrer* la femme, après la délivrance achevée.

Quand les douleurs expulsives, devenues très-fortes, ne laissent presque plus de repos, on doit aller s'asseoir à la droite de la femme, pour être prêt à la secourir et à recevoir l'enfant.

On peut, maintenant, on doit même pratiquer le toucher à chaque douleur, pour juger à point nommé des progrès de l'acccouchement et ne pas se laisser surprendre par un obstacle ou un accident quelconque : la femme souffre tellement qu'elle ne met plus opposition à cette manœuvre, qu'on lui représente, du reste, comme nécessaire.

Lorsqu'il y a de grandes douleurs de reins, il faut essayer d'une serviette passée sous les lombes et avec laquelle *deux des assistants* soulèvent un peu la femme, ou mieux encore, engager un aide vigoureux à exercer avec la paume de la main une forte pression sur la région sacrée, qui est le siége de ces douleurs plus souvent que la région rénale proprement dite (1), et, par l'un ou l'autre moyen, on soulage généralement.

Aux crampes dans les cuisses ou les mollets, qui sont pour certaines femmes un véritable supplice, il n'y a à opposer que des frictions, bien insignifiantes au fond, mais qui ont au moins l'avantage d'occuper la femme et de lui faire prendre patience ; il est certain que l'accouchement seul peut

(1) Stoltz, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. I, p. 276.

mettre fin à ce symptôme fatigant, puisqu'il est occasionné par la compression des plexus sacrés, au moment où la tête descend dans l'excavation.

Contre les vomissements, que nous avons vu persister dans quelques cas jusqu'à la sortie du fœtus, et qui sont parfois tellement répétés qu'ils distraient l'utérus de son action et ralentissent le travail, il n'y a vraiment rien à faire non plus, si ce n'est : donner à la femme quelques gorgées d'une boisson froide acidulée et l'exhorter à un peu de patience, en lui disant que la fin de son tourment approche.

Enfin, il n'y a guère autre chose que de la patience à prescrire encore dans le cas où la femme est prise de violents frissons; on ne peut que la rassurer et lui faire prendre courage, en lui disant, ce qui est généralement vrai (Dewees), que ces frissons sont un signe de dilatation rapide du col et de prompte délivrance.

Interrogé sur la fin probable de l'accouchement, on devra ne pas trop s'avancer, et ne donner jamais, à ce sujet, qu'une réponse évasive. Ne sachant pas si la contractilité utérine se soutiendra convenablement, — sans parler des autres causes de retard, — on fera bien même d'éloigner un peu les espérances. Car, si la femme accepte avec joie l'accouchement qui devance les prévisions du médecin, il n'en est pas de même des souffrances qui dépassent le terme assigné.

Voici, cependant, sur la durée totale du travail, et sur celle de ses deux principales périodes, des

chiffres moyens qui permettent de répondre à la question sans courir grand risque de se compromettre.

			heures.
Durée totale du travail :	Chez la primipare (1).....		10 à 12
	Chez la femme déjà mère		6 à 8
Durée des périodes :	Période de dilatation	chez la primipare..	6 à 8
		chez la multipare..	4 à 6
	Période de d'expulsion	chez la primipare..	2 à 4
		chez la multipare..	1 à 2

Mais, malgré cela, il vaut encore mieux ne rien préciser et répondre tout simplement : qu'*il est probable que l'accouchement se terminera à telle heure, si les contractions se soutiennent, s'il ne survient aucun accident, si*, en un mot, *les choses marchent bien*. Il est, en effet, impossible de prévoir d'une manière certaine tout ce qui peut arriver.

La poche des eaux n'a pas toujours la même forme. Ordinairement hémisphérique et arrondie,

(1) Pour les *primipares*, M. Depaul place la moyenne de la durée du travail entre 15 et 20 heures, y compris, il est vrai, les contractions du début qui sont peu douloureuses et séparées par d'assez longs intervalles, mais qui n'en font pas moins subir au segment inférieur de l'utérus une préparation dont on ne tient pas assez compte. Les femmes qui accouchent, dit-il, après 3 ou 4 heures seulement de souffrances, étaient certainement en travail depuis un temps beaucoup plus long; mais les contractions uterines n'étaient pas, à proprement parler, *douloureuses* (preuve que les mots contraction et douleur ne sont pas toujours synonymes) et assaient inaperçues.

elle est parfois allongée, en *boudin*, comme disent les auteurs. Or, cette dernière forme tient souvent à cette seule circonstanee, que les membranes sont très-lâches et ne contiennent que peu de liquide; mais, quelquefois aussi, à l'engagement, dans le col, d'un pied, d'une main, ou d'une anse de cordon volumineuse. La poche des eaux est effectivement peu saillante dans la présentation du sommet, tandis qu'elle l'est généralement beaucoup dans les autres présentations. C'est ce qui faisait dire à madame Lachapelle « qu'elle ne craignait pas les « eaux plates (1); » et elle avait raison. Nous avons observé plusieurs fois des poches en boudin et toujours dans des cas de présentation ou des pieds, ou du coude, ou d'une main.

Si la femme a déjà beaucoup souffert quand on arrive près d'elle, on peut croire à un travail avancé et s'attendre, par conséquent, à trouver le col largement dilaté. On touche avec cette idée, et si l'on manque d'expérience, on peut prendre le segment inférieur de l'utérus, qui est aminci et qui laisse percevoir assez nettement le crâne du fœtus, avec ses sutures et fontanelles, pour une poche plate. Et ce qui conduit encore à commettre une pareille erreur, c'est la difficulté d'atteindre l'orifice de la matrice, quand, ainsi que cela a lieu souvent, il reste très-élevé et tourné presque directement vers la partie supérieure du sacrum. Il est donc bien important de ne pas pratiquer le pre-

(1) Lachapelle, *Pratique des accouchements*, Paris, 1825.

mier toucher avec négligence et de ne retirer le doigt qu'après s'être bien assuré de la position de l'orifice et de l'état où il se trouve. Si on ne le rencontre pas à la place ordinaire, on le supposera très-haut et très en arrière ; alors, on fera coucher la femme presque horizontalement sur le dos et le siége un peu élevé, pour corriger le plus possible l'obliquité de la matrice, et l'on portera le doigt vers le promontoire, où l'on finira par atteindre ce que l'on cherche, si surtout on sait rappeler un peu en avant, avec la pulpe du doigt, la lèvre antérieure de l'orifice. On ne doit pas perdre de vue que cet orifice, arrivé à un certain degré de dilatation, est toujours circonscrit par un bord mince et presque tranchant, et que, lorsqu'on ne rencontre pas ce bord, c'est qu'on n'est pas où il faut. Du reste, quand la paroi utérine, quelque mince soit-elle, est interposée entre le doigt et le crâne du fœtus, on sent très-bien, si l'on a une certaine habitude de toucher, que ce crâne n'est pas seulement recouvert par les membranes de l'œuf.

« Du reste, comme le dit fort bien M. Depaul, « avant même d'avoir touché, rien qu'à la manière « dont la femme se plaint, un accoucheur expérimenté reconaîtra le plus souvent où en est arrivé le travail. Car, dans la *période de dilatation*, « la femme est agitée, excitée par des douleurs « périodiques dont elle ne comprend ni le but ni « l'efficacité ; dans la *période d'expulsion*, elle est « plus calme, plus confiante dans une issue prochaine, et se recueille, pour ainsi dire, à l'arrivée

« de chaque contraction, pour aider la matrice de
« toute la puissance de sa volonté, par des efforts
« qu'elle a souvent peine à maîtriser. Tous les ac-

$\frac{1}{3}$

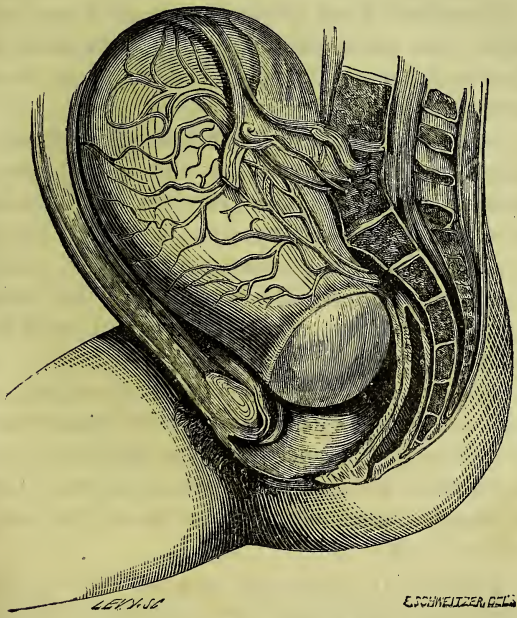


Fig. 67. — Poche prête à se rompre. — Dilatation du col achevée.

« coucheurs savent reconnaître de suite le premier
« cri guttural de l'effort qui annonce le début de
« l'expulsion. »

La poche des eaux crève ordinairement d'*elle-*

même, dès que la dilatation du col est achevée. (V. *fig.* 67.)

Quand on voit arriver le moment de cette rupture, il est bon de prévenir la primipare de ce qni va se passer, pour qu'elle ne soit pas effrayée de l'échappement subit d'un flot de liquide, et de garnir le périnée d'une grosse éponge ou d'une serviette usée, qui absorberont une grande partie de l'eau et éviteront à la femme le désagrément de se sentir inondée.

Sitôt les membranes rompues, on doit s'assurer de nouveau de la présentation, chercher, en outre, à reconnaître la position, et voir bien vite, pendant qu'il y a encore de l'eau dans la matrice, s'il ne s'agit pas d'un cas à nécessiter la version, ou s'il n'y a pas, à côté de la tête, procidence d'une main, d'un pied ou d'une anse de cordon, qu'il serait facile alors de réduire.

On ferait bien aussi de constater la couleur de l'eau qui vient de s'échapper ; car si elle était assez fortement teinte de méconium, on saurait que l'enfant souffre, s'il n'est même déjà asphyxié, et l'on se hâterait d'intervenir par le forceps ou la version, suivant le cas.

Quelquefois la poche des eaux se rompt trop tôt, avant même que le col ait commencé à se dilater ; il faut alors faire coucher la femme sur le dos, ou sur le côté (Nægelé), et l'engager à se donner peu de mouvement jusqu'à dilatation complète de l'orifice utérin.

D'autres fois, au contraire, la poche tarde trop à

se rompre. L'enfant s'en trouve bien ; mais la mère en souffre, car l'accouchement est plus long à se terminer. *Il faut*, alors, *s'assurer que la dilatation du col est complète* (1), et percer ensuite les membranes au moment où elles *bombent*, c'est-à-dire, au plus fort d'une douleur. On se sert, pour cela, de l'extrémité de l'index qu'on pousse brusquement sur le centre de la poche distendue, ou, si cette petite manœuvre reste inefficace, d'une plume d'oie entière, taillée en biseau, et qui, conduite avec précaution, le long de l'indicateur, jusque sur le point culminant des membranes, fera l'office d'un trocart. La ponction faite, n'importe comment, et une partie des eaux évacuée, l'utérus revient un peu sur lui-même et reste quelques instants en repos ; puis il reprend à contracter, et même plus fortement qu'auparavant, et le travail s'achève. Mais qu'on n'oublie pas que *la poche des eaux ne doit, en général, être crevée que lorsque la dilatation du col est complète*. La crever plus tôt, c'est exposer le fœtus à une compression immédiate et trop prolongée de la part de l'utérus, et à la mort par asphyxie. Et cet extrême danger que court

(1) Mais quand cette dilatation est-elle *complète?* Nous avons dit que c'était lorsque le col avait atteint de $0^m,07$ à $0^m,08$ d'ouverture. C'est assez exact; peut-être, cependant, vaudrait-il mieux dire, avec M. Depaul, que c'est quand les bords de l'orifice atteignent à peu près la circonférence de la cavité pelvienne, en d'autres termes, *quand le diamètre de l'orifice égale à peu près la circonférence sous-occipito-bregmatique de la tête du fœtus.*

l'enfant, si la presque totalité des eaux vient à s'échapper trop tôt, nous fait nous exprimer plus explicitement encore et émettre en principe : *qu'il ne faut jamais rompre les membranes de l'œuf que lorsque l'état de la femme l'exige absolument.* Il n'est pas un accoucheur qui ne se soit repenti, dans plus d'une circonstance, d'avoir enfreint cette règle.

Néanmoins, il est des cas où il faut crever les membranes de bonne heure, quand la dilatation de l'orifice utérin est loin d'être complète; c'est : 1° lorsque le fœtus est reconnu très-mobile et qu'on a lieu de craindre la substitution, à une présentation du sommet, d'une autre présentation moins avantageuse; 2° lorsqu'on suppose que la matrice, qui cesse de se contracter franchement, est engourdie par un excès de distension (hydramnios ou jumeaux); 3° enfin, lorsqu'on voit apparaître une perte sanguine que l'on peut supposer provenir d'un décollement prématuré du placenta.

La tête, dans certains cas, semble s'arrêter dans son mouvement de descente; elle est presque sur le plancher du bassin, mais s'arrête là. Il faut voir si par hasard ce ne serait pas la lèvre antérieure de l'orifice utérin, étroitement appliquée sur la tête, au niveau de la suture lambdoïde, qui briderait celle-ci et l'empêcherait d'avancer. Car, s'il en était ainsi, il n'y aurait qu'à repousser en haut le bord utérin avec l'extrémité du doigt indicateur engagée sous lui. Bien souvent, rien que par cette seule petite manœuvre, nous avons levé l'obstacle et vu

le temps de descente reprendre immédiatement son cours.

Tant que la tête n'a pas franchi le col utérin, il est inutile que la femme *pousse;* mais quand la tête est sur le périnée et à plus forte raison commence à entr'ouvrir la vulve, c'est différent (V. *fig.* 68); on doit alors engager la femme, fût-elle primipare, à s'aider un peu, et, alors aussi, lui faire tenir les cuisses et les jambes invariablement fléchies et écartées tout à la fois. Les aides remplissant cet office auront même une main faisant arc-boutant sur le devant du genou, durant le fort des douleurs.

Mais, à ce moment, le périnée est menacé de déchirure. Car, ainsi que le fait observer M. Depaul, les grandes et les petites lèvres ne fournissent rien à l'ampliation de la vulve, au moment du passage du fœtus, et c'est uniquement la partie antérieure du périnée et le tiers inférieur du pourtour de la vulve qui concourent à cette dilatation. Plus on observe ce phénomène, ajoute ce professeur, plus on admire en cela l'étendue des ressources de la nature, qui fait presque toujours arriver à bonne fin ce temps difficile et périlleux de l'accouchement.

Il n'en faut pas moins apporter toute son attention à bien soutenir le périnée, pour le préserver de l'accident en question.

En France, c'est avec la main droite engagée par dessous la cuisse droite de la femme qu'on soutient cette cloison importante : les quatre der-

niers doigts sont disposés en dehors de la grande lèvre gauche et le pouce en dehors de la droite, et, pendant qu'on cherche à ramener, avec eux, le plus de peau possible vers la ligne médiane, on

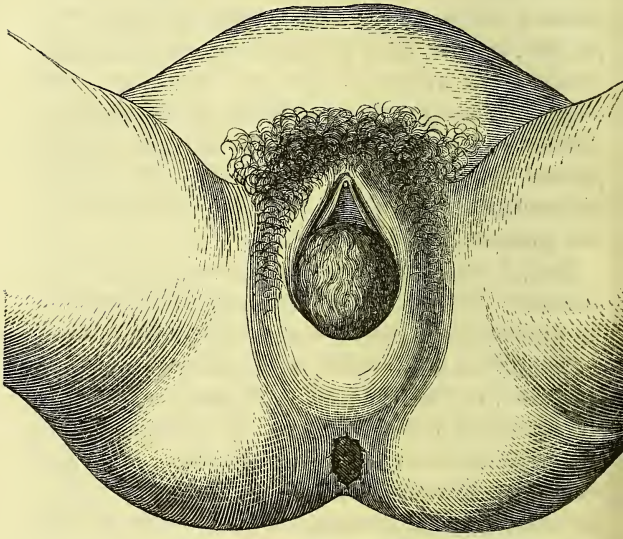


Fig. 68. — Tête au périnée

appuie toute la paume de la main sur le périnée qui bombe, mais en *ayant grand soin de presser particulièrement avec le bord cubital vers l'anus.* Par ce plan incliné artificiel, on facilite l'inflexion du fœtus, le mouvement d'extension de la tête et l'engagement de l'occiput sous l'arcade pubienne. Mais il est évident qu'on ne placera convenable-

ment sa main sur le périnée, pour le soutenir le mieux possible, qu'autant que la femme aura son siége portant bien sur l'extrémité même du matelas supérieur, disposé comme nous l'avons dit.

Comme le fait et le recommande M. Stoltz (1), nous n'employons plus que la main *nue*, qui sent mieux ainsi ce qu'elle fait et ce qui se passe. Seulement, nous prenons la précaution de placer un linge quelconque devant l'anus. Une simple raison de propreté ne doit pas engager à faire plus.

Dans tous les cas, s'il y a défécation involontaire, il ne faut pas avoir l'air de s'en apercevoir; on enveloppe bien vite les matières expulsées dans le linge qu'on a eu soin de placer devant l'anus, et on les fait disparaître adroitement, sans rien laisser deviner; autrement, la femme se tourmenterait d'avoir fait une chose aussi dégoûtante, et sa vive contrariété arrêterait peut-être le travail pour quelques instants, précisément quand il est le plus nécessaire que les contractions soient fortes.

Nægelé dit que, lorsque la tête est à la vulve, on prévient plus sûrement la déchirure du périnée en enlevant les coussins qui tenaient le dos de la femme élevé, et il doit avoir raison : car, quand la femme est couchée horizontalement, l'utérus est moins oblique et la tête du fœtus porte bien moins sur le périnée que quand la femme est presque assise sur le lit de misère, comme on la place d'habitude.

(1) Stoltz, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1864, t. I, p. 278.

On pourrait peut-être croire faciliter le passage de la tête à la vulve, en promenant son doigt tout autour, entre la tête et les parties maternelles, comme pour dilater ces dernières : *qu'on se garde bien de cette sotte manœuvre ;* car loin de dilater la vulve, elle ne ferait que la dessécher, l'agacer, l'irriter, l'enflammer même et, par suite, la disposer à se laisser déchirer plus facilement. Si l'on a présente à l'esprit la sage lenteur de la nature dans le dégagement spontané de la tête, on évitera de toucher la femme, dans ce moment-là, autrement que pour suivre les progrès de l'expulsion et juger du degré de tension de la commissure postérieure de la vulve. Il ne faut pas perdre de vue un seul instant qu'en présence d'un accouchement *naturel*, le rôle du médecin doit se borner d'ordinaire *à observer*, *conseiller, soulager et protéger* (Stoltz).

Enfin, quand la tête franchit la vulve, quand les douleurs sont *conquassantes*, si l'on sentait que le périnée, quoique bien soutenu, va se rompre, — qu'il est mince, luisant, prêt à éclater, — on devrait se conduire comme P. Dubois, et la plupart des bons accoucheurs d'aujourd'hui, c'est-à-dire s'armer de ciseaux un peu forts et coupant bien de la pointe, et faire avec cet instrument, de chaque côté, vers la partie postérieure de la grande lèvre, une petite incision d'un centimètre au plus. Sans doute, on ouvre ainsi la voie à deux déchirures au lieu d'une ; mais ces déchirures n'iront pas loin et n'intéresseront, du reste, aucun organe important; tandis que la rupture médiane du périnée

pourrait aller de la commissure de la vulve jusqu'à l'anus et même jusqu'au rectum, et constituer alors un des désordres les plus affligeants. D'ailleurs, on saura que les petites *incisions postéro-latérales,* si souvent mises en pratique depuis P. Dubois, ne sont pour ainsi dire pas senties de la femme, qui a, dans le moment, d'autres douleurs bien plus vives, — ne demandent aucun moyen de réunion ni de pansement, — et ne laissent, après leur guérison, qui est prompte, aucune cicatrice visible.

Schröder prétend qu'en faisant prendre à la femme, au moment où les douleurs deviennent *conquassantes*, la posture accroupie sur les genoux, on lui évite presque sûrement toute déchirure du périnée, *parce que,* dit-il, *la tête fœtale se place plus pleinement sous l'arcade pubienne par son propre poids*. Et, ainsi que Alt, il apporterait des observations à l'appui. *Il serait même inutile, dans cette posture*, ajoute Schröder, *de s'occuper de soutenir le périnée, puisqu'il ne se dilate, alors, que de juste ce qu'il faut pour la sortie de la tête.*

Que penser du conseil ? L'expérience viendra-t-elle le sanctionner? En attendant, on continue et l'on continuera longtemps encore, en France, de laisser la femme accoucher dans le décubitus dorsal, — avec l'attention seulement de bien soutenir le périnée, de la façon décrite plus haut, et, dès qu'il paraît menacé, de débrider la vulve par une petite incision de chaque et côté un peu en arrière.

Mais la tête de l'enfant est enfin dehors; que reste-t-il à faire? *Règle générale :* La tête sortie, il ne faut point s'empresser de tirer sur elle; il y a, alors, dans les contractions utérines, un repos qu'on doit respecter; il ne dure, d'ailleurs, que quelques instants, après quoi le travail reprend son cours, et les épaules se dégagent d'elles-mêmes. Le plus souvent, cependant, on a besoin d'aider à ce dégagement des épaules par quelques tractions *modérées* sur la tête, qu'on a saisie avec les deux mains par ses côtés.

Mais, auparavant, on a dû explorer du doigt la région cervicale, pour s'assurer qu'elle n'est pas serrée par un ou plusieurs tours du cordon; car, si cela était, il faudrait tâcher de dégager ce cordon en passant l'index par-dessous, ou, si l'on n'y réussissait pas, le couper bien vite avec des ciseaux à pointes mousses, et terminer de suite l'accouchement.

Si l'on tirait sur l'enfant avant le retour des douleurs, on ne laisserait pas le temps aux parois de la matrice de suivre le produit à mesure qu'il est expulsé, et on exposerait la femme à une hémorrhagie. Et il ne faudrait pas se hâter davantage parce que l'enfant viendrait de faire une forte inspiration; car cela n'indique pas du tout qu'il y ait pour lui danger imminent d'asphyxie, ainsi qu'on le croit généralement dans le monde. Au contraire, cette inspiration précoce est un signe de force, un signe que l'enfant, sitôt né, respirera très-facilement.

On n'oubliera pas, du reste, de faire évoluer les

épaules, — si l'on a engagé un doigt, comme on le fait souvent, sous chaque aisselle, ou au moins sous la postérieure, — de manière que l'une se tourne en avant et l'autre en arrière, et, s'il faut les dégager de force, de commencer *par la postérieure.*

Les épaules sorties, le reste vient seul. On saisit alors l'enfant avec les deux mains au niveau du thorax, *et non pas par les bras,* et on le couche, le ventre en l'air, sur l'aine gauche de la mère. Puis, quand il a poussé quelques forts vagissements et qu'on est sûr qu'il respire bien, on lie le cordon, comme nous le dirons bientôt, on le coupe, et on porte l'enfant sur les genoux de la garde.

Mais le fœtus ne vient pas toujours par le vertex dans l'accouchement naturel; il peut venir aussi par la face ou par le pelvis, et ces deux présentations ne sont pas à beaucoup près aussi favorables.

Quand c'est la face qui se présente, l'accouchement est généralement lent et, par suite, l'enfant et la mère courent un certain risque. Cependant, même lorsque c'est le front qui s'engage le premier, il n'y a pas tant à s'épouvanter qu'on l'a fait longtemps et que le fait encore Schröder. Il n'y a qu'à laisser faire la nature et, à de rares exceptions près, la présentation du front se convertira spontanément en présentation du sommet ou de la face, comme le dit fort bien le savant annotateur de Schröder, le Dr Charpentier.

Quand c'est le pelvis qui se présente, la femme a généralement moins à souffrir que dans le cas de pré-

sentation de la face; mais l'enfant, lui, est peut-être plus exposé. Le Dr Bailly, dans son intéressant mémoire (1), avance qu'il ne meurt peut-être pas moins de 1 enfant sur 7 naissant par le siége, alors même que la nature a fait son œuvre seule, sans aucune intervention plus ou moins maladroite.

Quand l'enfant vient par la face, il faut, dès que le menton est dégagé sous l'arcade pubienne, soutenir le périnée *avec beaucoup de ménagement*, de peur de comprimer le cou sous la symphyse et de causer une congestion au cerveau. La tête dehors, les épaules et le tronc s'échappent comme dans la présentation de sommet.

Quand, enfin, l'enfant vient par le siége ou les pieds, on doit plus que jamais respecter la poche des eaux; on la laissera donc se crever d'elle-même, et le plus tard sera le mieux. Puis, la poche crevée, on ne s'empressera pas de tirer sur la partie qui apparaît à la vulve: ce serait une pratique *détestable*, suivant la propre expression de M. Pajot; loin de là, on abandonnera l'expulsion presque complétement à la nature: car, si l'on tirait sur le fœtus avec trop d'empressement, on courrait risque de défléchir les bras et la tête elle-même, accidents assez graves qu'on doit chercher à prévenir. M. Depaul est dans l'habitude de donner un peu de seigle ergoté au moment où le siége est sur le périnée, dans le but d'activer les contrac-

(1) Émile Bailly, *De quelques difficultés dans l'accouchement par le siége* (1876).

tions utérines et d'empêcher le redressement des bras et la déflexion de la tête (1). Nous suivons généralement cette pratique et nous nous en trouvons bien. Mais, dès que le siége aura franchi la vulve, on aura l'attention de glisser le doigt sous le ventre jusqu'au niveau de l'ombilic, pour voir si le cordon est tiraillé ou non, et, dans le premier cas, on en attirera une anse au dehors. Et si l'on ne pouvait pas amener cette anse, parce que le cordon est naturellement trop court, ou bien parce qu'il fait plusieurs tours autour du cou ou du tronc du fœtus, on couperait ce cordon d'un coup de ciseaux le plus loin possible de l'ombilic, on ferait pincer entre deux doigts le bout ombilical, pour prévenir toute hémorrhagie, et l'on tâcherait de terminer rapidement l'accouchement, pour ne pas laisser périr l'enfant d'asphyxie.

Si le cordon, très-lâche, au contraire, était engagé entre les cuisses du fœtus, on chercherait à le dégager par *derrière*, de manière à le placer sur le périnée, et non sous l'arcade des pubis, où il serait bien plus sûrement comprimé.

Mais, pour que toutes ces manœuvres soient faciles à exécuter, il faut avoir pris soin, — dès qu'on a vu les fesses du fœtus s'approcher de la vulve, — de faire mettre la femme *en travers*, sur son lit, dans la position que nous indiquerons plus loin, quand il sera question de la *version*. Et, alors, si par hasard la poche des eaux n'est pas encore

(1) Depaul, *Leçons de clinique obstétricale*, 2e fascicule.

crevée, et si l'on s'est assis en face de la vulve, qu'on prenne bien ses précautions, pour ne pas recevoir en pleine poitrine une douche des plus désagréables. Nous avons reçu une douche de ce genre une fois, et, depuis, nous n'avons jamais oublié de nous tenir un peu à distance et, outre cela, de nous faire de la partie antérieure des jupons de la femme une sorte d'écran.

L'échappement d'un peu de méconium par l'anus n'est point ici, évidemment, d'un aussi fâcheux augure que dans le cas de présentation de la tête ou de l'épaule ; car il peut tenir tout simplement à la pression exercée sur le ventre du fœtus par l'orifice utérin ou le conduit vulvo-vaginal. Mais il n'en est pas de même de l'excrétion d'une grande quantité de la matière, à travers un anus lâche et comme paralysé : elle prouve qu'il y a compression du cordon ou trouble notable dans la circulation utérine, et indique qu'il faut se hâter d'extraire l'enfant, si l'on veut qu'il ait chance de vivre.

Quand on reconnaît par l'auscultation, ou tout simplement en interrogeant les pulsations de l'anse du cordon qu'on a attirée au dehors, que l'enfant est plein de vie, il n'y a nulle nécessité de hâter par des tractions le dégagement des épaules ni de la tête, et il est même préférable de laisser l'utérus faire seul l'expulsion de ces parties, parce qu'alors il y aura bien moins de risques de déflexion pour les bras ou la tête (1). Ce n'est donc

(1) C'est pour prévenir plus sûrement cette déflexion que Kristeller recommandait l'expression du fœtus de haut en

que dans le cas où l'on sait le fœtus en danger, par suite de compression du cordon ou de trouble dans la circulation utéro-placentaire, qu'on doit venir en aide aux contractions de la matrice et des muscles abdominaux. Or, voici comment il faut s'y prendre pour tirer alors sur l'enfant : On enveloppe d'un linge fin et à demi usé la partie qui est déjà hors de la vulve, jambes ou pelvis, et on la saisit ensuite, non pas du bout des doigts, mais bien *à pleine main*. Quand la présentation est *complète*, c'est le pelvis qu'on saisit ainsi tout d'abord; mais si la présentation est *décomplétée*, ce sont les jambes qu'on saisit en premier lieu, puis les cuisses, et enfin le bassin ; dans tous les cas, on tire toujours *avec modération*, ayant bien soin d'imprimer au fœtus, si c'est nécessaire, un mouvement de torsion qui amène son dos *en avant*, vers l'une ou l'autre des cavités cotyloïdes, et veillant bien aussi à ce qu'un aide comprime le fond de l'utérus, pour hâter la sortie de l'enfant et prévenir le redressement de ses bras ou de sa tête.

Jamais on ne doit tenir l'enfant, pour l'extraire, par une partie de son corps plus élevée que le pelvis ; car une compression un peu forte exercée par les mains sur le ventre ou sur la poitrine ne serait certainement pas sans danger.

bas, au travers des parois abdominales : et cette méthode a réellement du bon dans l'accouchement par le siége, si surtout le fœtus est gros et ne vient qu'avec peine. On point alors avec profit cette expression aux manœuvres de l'extraction.

Enfin, lorsqu'il ne reste plus que la tête dans l'excavation et qu'elle est fléchie convenablement, il n'y a, pour faciliter son dégagement, qu'à relever le fœtus en entier, par un grand mouvement d'arc de cercle, vers le ventre de la mère; par là, on fait se dégager successivement, en avant du périnée, le menton, la face, le front et le bregma, et l'accouchement proprement dit est terminé : il ne reste plus dans l'utérus que le délivre qui sera expulsé, ou plutôt extrait, quelques minutes plus tard.

Hygiène de la femme en travail.

Pendant le travail, la femme n'a, en général, besoin d'aucun aliment; elle n'a pas besoin non plus de boissons excitantes, qui la disposeraient peut-être aux hémorrhagies et aux inflammations consécutives. Toutefois, si elles est faible et sans énergie, et si les douleurs ne sont pas soutenues, on peut lui donner un peu de bouillon et même un peu d'eau rougie ; mais pas *de liqueur ni de vin pur*.

Il va sans dire qu'elle a dû être placée dans un appartement retiré, éloigné de tout bruit, peu éclairé et maintenu à une température modérée; — qu'on ne lui a laissé sur elle que des vêtements larges, ne gênant en rien sa circulation ni ses mouvements; — et qu'on a veillé à ce qu'il ne restât près d'elle aucune personne inutile, à plus forte raison antipathique.

Soins à donner au nouveau-né.

L'enfant naît bien portant ou à l'état de mort apparente.

1° L'enfant naît bien portant.

Dès qu'on est sûr que l'enfant respire bien, on doit s'occuper immédiatement de lier le cordon. A cet effet, on prend un des lacs de fil ciré qui ont été préparés d'avance, et on en étrangle *solidement* le cordon à une distance de l'ombilic de 3 à 4 centimètres au plus, en ayant soin d'arrêter l'anse du fil par un double nœud. Il est bien entendu qu'avant d'appliquer la ligature, on s'est assuré qu'il n'y a pas de portion d'intestin engagée dans le cordon (hernie ombilicale congénitale).

Le double nœud terminé, on retranche l'excédant des deux extrémités du lacs, et, après cela, on coupe le cordon ombilical lui-même d'un coup de ciseaux à un centimètre au delà de la ligature.

Pour peu qu'on eût lieu de supposer la présence dans l'utérus d'un second enfant, il ne faudrait pas se contenter d'une seule ligature ; il faudrait en appliquer deux à quelques centimètres de distance l'une de l'autre et couper ensuite le cordon entre les deux. Comme cela, on ne s'exposerait pas à faire périr un second enfant d'hémorrhagie avant d'être né. Sans doute, dans le cas de grossesse gémellaire, les deux placentas sont bien souvent indépendants, quoique étroitement liés l'un à

l'autre en apparence ; mais enfin il n'en est pas toujours ainsi : il arrive que les placentas communiquent ensemble par de larges anastomoses veineuses, et alors, évidemment, par la section du cordon en dehors d'une seule ligature, on compromettrait gravement la vie de l'enfant qui est encore à naître.

Nous pensons même qu'il serait bon, sans s'inquiéter de savoir s'il y a ou non un second enfant dans l'utérus, d'appliquer *toujours* sur le cordon deux ligatures entre lesquelles on donnerait le coup de ciseaux. On aurait ainsi le triple avantage de se délivrer d'une préoccupation, de ne pas souiller le lit de misère plus qu'il ne l'est déjà, et de faciliter le décollement ultérieur du placenta, s'il n'y en a qu'un, en lui conservant plus de volume et plus de poids.

Quand on a affaire à un cordon très-gras, il faut, par une forte pression entre deux doigts, réduire le plus possible le point qu'on veut lier avant d'appliquer le lacs ; sans quoi, il arriverait que la ligature, qui paraissait d'abord assez serrée, n'étranglerait plus les vaisseaux après un certain degré de desséchement du cordon, et qu'il y aurait alors quelque danger d'hémorrhagie pour l'enfant.

Enfin, quand le cordon est trop gros pour être réduit suffisamment par la pression indiquée, on ferait bien, après une première ligature, de couper le cordon à 3 ou 4 centimètres au delà, de renverser ce bout libre en arrière vers l'ombilic, et de reprendre le double dans une seconde

ligature, faite avec les bouts conservés du même lacs.

On a dit : A quoi bon toutes ces précautions ? Est-ce que l'établissement parfait de la respiration ne suffit pas pour suspendre le cours du sang dans les artères ombilicales ? Est-ce que les animaux lient le cordon de leurs petits ? — Si l'on déchirait ou mâchait le cordon, comme le font les femelles des mammifères, sans doute il ne serait pas utile de placer un fil sur le bout ombilical ; mais on ne mâche ni ne déchire le cordon de l'enfant, on le coupe nettement avec des ciseaux qui coupent bien, et dès lors il faut une ligature solide, pour être sûrement à l'abri d'une hémorrhagie qui pourrait tuer le nouveau-né.

Il peut arriver qu'on trouve le cordon arraché à son insertion abdominale. Dans un cas pareil, on se gardera bien de porter une ligature sur le bourrelet cutané ombilical ; car elle produirait inévitablement de la douleur, d'abord, puis de l'inflammation et une ulcération difficile à guérir. On se contentera de panser la petite plaie avec un morceau d'agaric, un peu de charpie, une compresse et un bandage de corps, et bien rarement, avec cela, il y aura perte de sang inquiétante.

Une fois le cordon lié, on saisit l'enfant, soit par le thorax avec les deux mains, soit, ce qui est mieux, en le tenant d'une main par-dessous les épaules et la nuque tout ensemble, et de l'autre par-dessous les fesses, — le pouce, glissé entre les cuisses, venant se placer sur les pubis, pour

plus de solidité, — et on le porte sur les genoux de la garde qui s'empresse de le nettoyer. Quand il n'est sali que de sang et de mucosités, il suffit d'une éponge imbibée d'eau tiède pour le rendre propre ; mais il n'en est plus de même s'il est recouvert d'une couche épaisse de matière cérumineuse. Pour enlever facilement cet enduit, il faut frotter le corps de l'enfant d'huile, de beurre ou d'axonge, et l'essuyer ensuite avec un linge sec, et, mieux encore, avec un morceau de flanelle douce.

Ce nettoiement achevé (et il doit être rapide), la garde couvre la tête et la poitrine du nouveau-né comme ils doivent l'être, et, après, on s'occupe du pansement du cordon. Pour cela, on prend le petit linge en T, dont nous conseillons de se servir de préférence ; on le place au-dessus de l'ombilic, la face cératée en haut, et on en enveloppe le bout du cordon, qu'on a préalablement relevé et couché un peu à gauche de la ligne médiane. Un petit gâteau d'ouate, une compresse et un bandage de corps complètent le pansement.

On ne touchera à ce petit appareil que le 5e jour, époque à laquelle, d'ordinaire, le cordon sphacélé se détache tout naturellement ; et alors un petit linge cératé, qu'on renouvellera pendant 5 ou 6 jours encore, suffira pour amener une cicatrisation complète.

Il serait sage, avant de laisser la garde achever d'habiller l'enfant, de visiter le méat urinaire et l'anus de celui-ci, pour voir s'il n'y aurait pas là quelque vice de conformation (imperforation,

par exemple) auquel on pourrait remédier de suite.

Enfin, lorsque le nouveau-né est habillé ou emmailloté, on le fait tenir un instant la face en bas, pour qu'il rende plus facilement les glaires qu'il peut avoir dans la gorge, puis, on le fait coucher dans son berceau, — toujours dans le même but, — *sur l'un ou l'autre côté du corps, et non pas sur le dos.* On prescrit, d'ailleurs, de le préserver des courants d'air et d'une vive lumière.

Durant les trois ou quatre premiers jours qui suivent la naissance, il est bon de surveiller attentivement l'excrétion des urines et du méconium.

L'expulsion de ce dernier ne se fait pas attendre, en général, plus de 10 ou 12 heures, surtout si l'enfant est présenté de bonne heure au sein de sa mère et y puise un peu de ce *colostrum* qu'on dit avec raison être laxatif. Mais, si cette excrétion tardait plus de 24 heures à se faire, après s'être assuré, au moyen de la sonde à femme, que le rectum est bien libre, on prescrirait un bain tiède, et, s'il restait sans effet, de 8 à 15 grammes de sirop de rhubarbe composé, dit *sirop de chicorée.* Il est rare que ce sirop ne donne pas lieu à l'évacuation désirée. Nous sommes dans l'habitude de faire prendre au nouveau-né, dès qu'on a fini de l'habiller, et après qu'on l'a tenu un instant la face en bas, quelques cuillerées à café d'eau tiède sucrée avec de la cassonade commune, et, grâce à ce moyen bien simple, nous n'avons pas encore eu à observer de retard de plus de 15 heures dans la première défécation.

Nous ne dirons rien des soins hygiéniques dont on doit entourer l'enfant qui vient de naître, ni des règles à suivre dans son alimentation, soit que la mère le nourrisse elle-même de son lait, soit qu'on le confie à une nourrice étrangère, soit enfin qu'on l'élève au biberon ; nous renvoyons, pour ces détails, à l'excellent petit livre de M. Donné (*Conseils aux mères*, etc.), et nous abordons de suite le chapitre des soins que réclame l'enfant qui naît asphyxié ou faible.

Rappelons, cependant, au praticien, pour le cas où il serait chargé de surveiller un nouveau-né mis en nourrice, ou consulté pour savoir si une jeune mère a ou n'a pas ce qu'il faut pour continuer de nourrir elle-même son enfant, que le nouveau-né, après les deux premiers jours, où il perd réellement un peu de son poids, doit ensuite acquérir, sous ce rapport, de jour en jour, s'il reste bien portant.

A partir du 7e jour, l'enfant doit augmenter, en poids, de 20 à 25 grammes par jour, en moyenne, et cela durant les cinq premiers mois ; mais, pendant les sept mois suivants, il est rare qu'il augmente de plus de 10 à 15 grammes par jour. 20 grammes pour les cinq premiers mois, et 10 grammes pour les sept mois suivants, seraient des *minima* au-dessous desquels l'enfant ne devrait pas tomber pour rester dans de bonnes conditions d'accroissement (Dr Bouchaud).

D'après Odier et Blache, un enfant à la fin de son 4e mois doit peser le double de ce qu'il pesait au

moment de sa naissance, et, à son 16e mois, le double de ce qu'il pesait au commencement du 5e.

2° L'enfant naît asphyxié.

Si, pendant le travail, le cordon s'est trouvé comprimé un certain temps, ou si le placenta s'est décollé prématurément, ou si, enfin, les eaux sorties, l'utérus s'est assez fortement rétracté pour que sa circulation en ait été troublée, l'enfant naît généralement à l'état de mort apparente ou d'asphyxie. Or, cet état se montre sous deux aspects différents : ou l'enfant est d'un rouge violet, avec turgescence de la face, de la partie supérieure du tronc et même des extrémités ; ou il est, au contraire, décoloré, avec les chairs flasques. Mais peu importe : c'est toujours le même état, une *asphyxie*, et non pas, comme le disent quelques auteurs, une *apoplexie* dans le premier cas, et une *syncope* dans l'autre.

Alors qu'on croyait à une communication *directe* entre les vaisseaux de la matrice et ceux du placenta, on pouvait penser que, suivant que la veine ombilicale transportait au fœtus plus de sang que les artères de même nom n'en renvoyaient à la mère, et réciproquement, l'enfant pouvait être frappé d'apoplexie ou de syncope ; mais aujourd'hui que M. Jacquemier (1) a si bien démontré qu'il n'existe entre les vaisseaux de l'utérus et

(1) Jacquemier, *Manuel des accouchements*, 1836.

ceux du placenta que des rapports seulement indirects ou médiats, cette explication et les dénominations pathologiques qu'elle entraînait avec elle tombent tout naturellement.

Il n'y a qu'une cause, la *suspension de la respiration placentaire*, et qu'un seul état maladif, l'*asphyxie*.

Mais à quoi tient la différence de coloration signalée plus haut? Pourquoi, dans un cas, le fœtus est-il violacé, et, dans l'autre, pâle, décoloré? Suivant M. Jacquemier (et il a très-probablement raison), cela est dû à ce que, dans ce dernier cas, *quand l'enfant est pâle*, la suspension de la respiration placentaire a été brusque, très-rapide; tandis que, dans le premier, *quant l'enfant est violet*, elle a été lente et graduelle. Dans l'asphyxie des adultes, en effet, les mêmes différences s'observent, suivant la rapidité ou la lenteur de la suppression de l'air respirable. Ainsi, comme le fait observer M. Devergie, les ouvriers qui sont ensevelis subitement sous un éboulement considérable présentent une décoloration générale des tissus; tandis que les individus qui meurent de submersion, après s'être débattus quelques minutes sur l'eau, et, mieux encore, ceux qui périssent renfermés dans des espaces trop resserrés, où il y a de l'air, mais en quantité insuffisante, présentent une coloration violette. Quelquefois, pourtant, il ne faut pas l'oublier, on a vu la pâleur extérieure être la conséquence d'une asphyxie *très-lente;* mais alors cette pâleur avait succédé très-probablement, sans

qu'on s'en fût aperçu, à une coloration violacée des tissus.

Sous le rapport du *pronostic,* y a-t-il une différence entre la pâleur et la coloration violette du fœtus asphyxié ? Oui, la pâleur est de plus mauvais augure ; elle indique que le petit sujet est plus près de la mort réelle. Mais, quelle que soit la pâleur cependant, il est impossible de dire *à priori* que l'état est désespéré : il faut donc, par conséquent, agir toujours comme si le fœtus pouvait être ranimé. Une demi-heure, une heure même, écoulée depuis la terminaison de l'accouchement, n'est pas un motif suffisant pour l'abandonner, si toutefois il est chaud, sans roideur cadavérique, et si surtout la région précordiale fait entendre le moindre bruissement. Le silence prolongé du cœur est, en effet, le seul signe qui enlève toute espérance de rappeler l'enfant à la vie. Malheureusement, les faibles bruits du cœur d'un fœtus asphyxié ne sont pas toujours faciles à percevoir, et on peut très-bien rester dans le doute au sujet de leur cessation réelle. Mais, alors, raison de plus pour ne pas abandonner trop tôt un nouveau-né, par cela seul qu'on n'entend rien dans sa région précordiale. Tant qu'il est chaud, on doit insister dans l'emploi des moyens propres à le ranimer. Il est une foule d'observations authentiques qui prouvent que des enfants naissants ont pu résister à l'asphyxie une heure et plus, et être encore rappelés à la vie.

Traitement. — Lorsque l'enfant est violacé, à

face turgescente, la première chose à faire est de couper de suite le cordon, avant de le lier, et de laisser les artères ombilicales donner de 30 à 40 grammes de sang. Cette petite *saignée* fait cesser l'engorgement veineux du cerveau, du bulbe rachidien et des poumons, et suffit très-souvent, à elle seule, à établir une respiration franche; mais dans bien des cas, on n'arrive à ce résultat qu'en ajoutant à la déplétion sanguine l'action de *moyens excitants pour la surface cutanée ou pour la muqueuse pulmonaire.*

On excite la surface cutanée de diverses manières : en balançant le fœtus tout nu devant une fenêtre ouverte; — en l'aspergeant d'eau froide; — en le plongeant dans un bain chaud; — en lui laissant tomber, d'un mètre de haut, un petit filet d'eau froide sur la région du cœur; — en le percutant avec la main sur les fesses et les épaules; — en le flagellant à l'aide d'un linge mouillé, qui n'expose pas, comme la main, à quelque contusion grave; — en le frictionnant un peu rudement, particulièrement sur la région précordiale, avec une flanelle imbibée d'eau-de-vie; — en lui lançant, avec la bouche, une douche d'eau-de-vie sur le devant du thorax; — ou en le présentant devant un feu de copeaux un peu vif.

Quant à la muqueuse pulmonaire, on n'a qu'un seul moyen de l'exciter, mais il est puissant : c'est l'*insufflation d'air oxygéné.*

Cette opération, pratiquée convenablement par Chaussier, pour la première fois, était ensuite

tombée en discrédit, quand MM. Depaul et Pajot sont venus, dans ces dernières années, la remettre en honneur. D'après ces deux habiles praticiens, elle est, sans contredit, le premier de tous les moyens capables de mettre fin à l'asphyxie dont il est question. Dès qu'on a insufflé un peu d'air oxygéné dans les poumons d'un fœtus asphyxié, on a arrêté sûrement les progrès de la mort réelle, si elle n'est pas encore rendue (Pajot).

Voici comment doit se pratiquer l'opération :

L'enfant étant placé sur un oreiller, la face tournée en haut, la poitrine et la tête élevées, presque comme dans la position assise, on saisit, de la main droite, le *tube laryngien* de Chaussier, modifié par M. Depaul, c'est-à-dire ouvert à son extrémité et non sur le côté, et, avec le doigt indicateur gauche, introduit dans la bouche, on va à la recherche, non pas de l'épiglotte, qui est trop petite à cet âge pour être facilement distinguée au toucher, mais bien de l'extrémité supérieure même du larynx; et, quand on sent qu'on a cette partie sous le doigt, on glisse le tube, par son bec, sur le bord radial de l'index conducteur, jusqu'à ce que ce bec arrive au niveau de l'ouverture du larynx; alors on n'a plus qu'à *tourner court*, suivant l'expression de M. Pajot, en relevant le pavillon de l'instrument en haut et à gauche, par rapport au fœtus, pour entrer dans la glotte. On s'assure qu'on y est bien, par de petits mouvements de latéralité qui doivent, si l'on n'a pas fait fausse route, entraîner de côté et d'autre le larynx

en totalité ; et l'on s'apprête ensuite à souffler. Si le tube a son collet garni d'une bonne rondelle d'agaric épais, on peut souffler de suite, sans s'occuper de l'occlusion préalable de la bouche et des narines, puisque la rondelle d'agaric ferme exactement la glotte. Ce n'est que lorsqu'on se sert d'un tube sans garniture à son collet (par exemple, une sonde courbe ordinaire, faute de mieux), qu'on a besoin de tenir le nez et les lèvres pincés exactement. Pour cela, si l'on ne peut se faire aider de personne, on tient soi-même les lèvres rapprochées avec le pouce et l'indicateur de chaque main, et les narines avec les deux médius. Mais si l'on a près de soi un aide intelligent, on le charge d'obturer les narines d'une main, et la moitié gauche de la bouche de l'autre, et on n'a plus qu'à pincer soi-même la moitié droite de la bouche avec le pouce et l'index de la main gauche, — gardant ainsi sa main droite tout à fait libre pour tenir le tube à sa place. Mais M. Pajot fait observer avec raison qu'on a souvent beaucoup de difficulté à tenir la bouche du nouveau-né exactement fermée, si l'on agit sur elle à nu, parce que les lèvres sont rendues glissantes, ou par l'enduit cérumineux général, ou par les glaires qui s'échappent de la cavité buccale ; et il conseille, pour lors, de recouvrir les lèvres d'un linge fin et sec, avant de les pincer. De cette façon, on ferme bien plus exactement la bouche, et l'on n'a pas la crainte que l'occlusion cesse tout à coup, juste au moment où on fait l'insufflation.

Maintenant, comment doit-on souffler? — D'abord, il ne faut pas se contenter d'appliquer les lèvres, *pincées*, sur l'embouchure du tube laryngien, comme on le ferait sur l'embouchure d'un cor; nous avons remarqué qu'en s'y prenant ainsi, on ne lance dans l'instrument qu'un courant d'air insignifiant, incapable, par conséquent, de produire dans les poumons l'effet désiré; — si bien que nous serions tenté d'attribuer à cela seul le peu de succès obtenus par les praticiens peu exercés. — *Il faut saisir toute l'embouchure du tube entre les lèvres, exactement comme on saisirait un bec de clarinette,* et, par le moindre effort d'expiration, on réussit alors à faire passer dans l'instrument un courant d'air suffisant; — puis, *on doit souffler un peu fort, mais sans brusquerie* néanmoins. Car, si l'on soufflait brusquement, on pourrait produire de l'emphysème pulmonaire, avant même d'avoir rempli d'air la totalité de l'arbre bronchique. Il convient donc de souffler avec assez de force, mais en laissant aux vésicules pulmonaires le temps de se déplisser. Puis, il ne faut pas souffler d'une manière continue, mais bien par intervalles, puisqu'on imite la respiration naturelle, qui n'introduit jamais de l'air dans la poitrine que d'une manière *intermittente.* On fera donc une insufflation de 2 à 4 secondes de durée, ce qui constituera le *mouvement d'inspiration* du fœtus; après quoi, on pressera, ou fera presser avec la main sur l'épigastre, pour renvoyer l'air introduit, ce qui constituera le *mouvement d'expiration.*

D'après le conseil de M. Depaul, on aurait tort de répéter, d'abord, les insufflations plus de 8 ou 10 fois par minute; mais, plus tard, on les rendra un peu plus fréquentes.

Si l'opération doit réussir, on voit tout à coup un mouvement suspirieux se produire convulsivement comme une sorte de hoquet, et l'abdomen se soulever; puis, plus rien pendant 20 à 30 secondes quelquefois; après cela, une nouvelle inspiration convulsive suivie d'un repos moins long, et enfin des inspirations simples, non convulsives, tout ordinaires : la respiration est alors établie comme on le désirait; il n'y a plus rien à faire.

On se gardera bien de cesser les insufflations à la première, ni même à la seconde inspiration convulsive; ce serait compromettre gravement le succès de l'opération. On laissera donc le tube en place, malgré ces premières inspirations, et on attendra, pour ne plus souffler et retirer l'instrument, que les inspirations *spontanées* se renouvellent au moins de 6 à 8 fois par minute. Par conséquent, on ne devra point s'empresser d'annoncer aux assistants, dès les premières inspirations convulsives, que l'enfant est sauvé, attendu qu'il peut fort bien arriver que, malgré cette introduction spontanée d'une certaine quantité d'air dans le thorax, il succombe bientôt. On a vu la lutte durer 2 heures et plus, et, en fin de compte, avec la mort pour résultat. Cette fâcheuse terminaison sera à redouter, si on voit les mouvements du thorax et du cœur s'affaiblir peu à peu, puis dispa-

raître. Cependant, avant d'abandonner complétement le petit sujet, on attendra, en continuant les insufflations, qu'il se soit écoulé encore 10 minutes après la suspension de la respiration et de la circulation; mais, après ces 10 minutes de repos absolu du cœur et du thorax, on regardera la mort comme réelle (Jacquemier) (1).

On dit avoir réussi par le *galvanisme* à rappeler à la vie des enfants asphyxiés, quand tous les autres moyens avaient échoué. Si donc on avait sous la main un appareil à faradisation convenable, on ferait bien d'en essayer et de faire passer quelques courants électriques à travers les muscles inspirateurs. On placerait, pour cela, un rhéophore sur le trajet du nerf phrénique, au cou, à l'endroit où le muscle omo-hyoïdien croise le bord antérieur du sterno-mastoïdien, et l'autre rhéophore dans le 7e espace intercostal; on donnerait, au contact de ce dernier avec les tissus, la durée d'une forte inspiration ordinaire; après quoi on comprimerait l'épigastre pour produire l'expiration; on changerait de côté trois ou quatre fois, pour bien faire, et, sitôt que la respiration paraîtrait normalement établie, on l'aiderait à se continuer par quelques pressions sur le ventre, à la fin des inspirations.

Lorsque l'enfant asphyxié est pâle au lieu d'être violet, c'est par les mêmes moyens, *moins la saignée par le cordon*, qu'on cherche à le ranimer (2).

(1) Jacquemier, *Manuel des accouchements*, 1846.

(2) Il est bien reconnu, dit Schröder, que le fœtus en faisant des inspirations intrà-utérines peut faire pénétrer dans

seulement faible

3° L'enfant naît ~~en bonne santé.~~

Si l'enfant naissant n'est que faible, sans être asphyxié, — soit qu'il arrive avant terme, soit qu'il ait souffert par suite de décollement prématuré du placenta ou du mauvais état de santé de la mère durant la grossesse, — il faut bien se garder de couper le cordon avant de l'avoir lié, car la perte d'une seule cuillerée de sang pourrait être mortelle. Puis, on plongera l'enfant dans un bain chaud rendu excitant par une certaine quantité de vin; on le frictionnera devant un bon feu avec une flanelle imbibée d'eau-de-vie ou chargée d'une vapeur aromatique (benjoin, genièvre, etc.); après, on le couvrira de vêtements très-chauds, et, dans son berceau, on l'entourera de bouteilles remplies d'eau chaude ou de sachets de sable chaud. On soumettra,

ses bronches du liquide amniotique, plus ou moins mélangé de sang ou même de méconium, qui suffira à l'asphyxier, quand il ne le serait pas à la façon ordinaire, par la cessation de l'échange des gaz qui refont son sang.

Si donc l'on supposait, chez un enfant naissant à l'état de mort apparente, beaucoup de liquide amniotique dans la trachée et les bronches, il faudrait introduire une grande sonde élastique jusque dans le premier de ces conduits et par aspiration, soit avec la bouche, soit mieux encore avec une seringue à poitrine, faire l'extraction du corps étranger, répéter même cette aspiration deux ou trois fois si c'était nécessaire, et si l'enfant, quand on n'aspire plus rien, ne sortait pas de son asphyxie, sans désemparer, par la sonde déjà en place, pratiquer l'insufflation pulmonaire comme il a été dit plus haut.

en un mot, le pauvre petit être à une véritable incubation (car la chaleur vaut alors tous les toniques du monde); et si par hasard il n'avait pas la force de teter, il conviendrait que la mère ou une nourrice lui fît jaillir de temps en temps un peu de son lait dans la bouche. Ce qui vaudrait encore mieux, ce serait de lui verser sur la langue du lait de femme préalablement recueilli dans une cuiller chauffée; on saurait au moins, comme cela, quelle quantité de nourriture il prend.

Du reste, on ne lui donnerait absolument rien que du lait pour tout aliment, pendant les 12 ou 15 premiers jours; une nourriture plus substantielle le tuerait.

Conduite de l'accoucheur après le travail, dans les cas simples.

Après l'expulsion du fœtus, il faut, à moins de circonstances particulières que nous indiquerons, attendre de 10 à 15 minutes, avant de tenter ce qu'on appelle communément la *délivrance*, c'est-à-dire l'extraction des annexes du fœtus (*arrière-faix* ou *délivre*). Pendant ce temps, qui est nécessaire pour que l'utérus revienne sur lui-même et décolle le placenta, l'accoucheur s'occupe de l'enfant, tout en revenant par moments juger de l'état de la mère. *Extraire immédiatement le délivre en l'arrachant de force, est d'une très-mauvaise pratique.* Il vaut bien mieux attendre son décollement spontané, effet presque obligé de la rétractilité de

l'utérus ; car, de cette façon, on a bien moins à redouter l'hémorrhagie.

Quand donc, après dix minutes ou un quart d'heure, on sent la matrice revenue sur elle-même et formant une boule dure de la grosseur d'une tête d'enfant, au-dessus du détroit supérieur, c'est le moment de procéder à l'extraction du placenta. A cet effet, on saisit le cordon de la main droite, en le couchant d'abord sur la face palmaire, où le retiennent déjà les deux derniers doigts fléchis, — puis, en l'entortillant autour de l'index et du médius accolés et le pinçant, enfin, entre l'index et le pouce. Tenu ainsi, il n'a garde de glisser, si surtout on a pris soin de l'envelopper préalablement d'un linge sec, et l'on peut alors tirer franchement sur lui. Mais la direction à donner aux tractions n'est pas indifférente ; il faut *tirer le plus par en bas possible, doucement et d'une manière continue*, — d'abord en ligne directe, puis en portant le cordon alternativement de droite à gauche et de gauche à droite ; — et, pour être plus sûr encore de prévenir l'arrêt du placenta au-dessus de la lèvre antérieure de l'orifice utérin, porter l'index et le médius de la main gauche jusque sur cet orifice, et se servir de l'encochure qui résulte du rapprochement des extrémités de ces deux doigts comme d'une *poulie de renvoi*, pour amener les tractions sur le cordon à se faire juste suivant l'axe du détroit supérieur. Avec de telles précautions, il est bien rare qu'on ne réussisse pas à entraîner de suite le délivre. Cela se voit quel-

quefois, cependant, bien qu'on ait attendu un quart d'heure et plus; le délivre résiste et ne se laisse pas entraîner. *Il ne faut pas essayer de forcer cette résistance;* autrement, on s'exposerait à rompre le cordon, ou, ce qui est bien pire, à produire une hémorrhagie ou à introverser l'utérus, deux accidents toujours fâcheux. *Devant une résistance sensible, on suspendra donc les tractions*, et, se bornant à frictionner un peu rudement l'hypogastre, au niveau du fond de la matrice, on attendra, pour tirer de nouveau, que cet organe, agacé, se contracte plus franchement.

M. Depaul fait plus qu'agacer seulement le fond de l'utérus par des frictions; il pèse sur lui assez fortement *de la main gauche*, pendant que, *de la droite*, qui tient le cordon saisi *solidement* et *le plus près possible de la vulve*, il tire *par en bas*, c'est-à-dire suivant l'axe du détroit supérieur, — à moins que le placenta ne soit déjà engagé dans le vagin, auquel cas il tire *droit*, c'est-à-dire suivant l'axe du détroit inférieur. Il trouve inutile de faire la *poulie de renvoi*, dont on a, dit-il, beaucoup exagéré l'importance, et qui a, selon lui, le double inconvénient : — de produire de la douleur en froissant des parties qui viennent d'être si violemment distendues, — et d'occuper les deux mains vers un seul point, quand l'une d'elles serait si nécessaire sur l'hypogastre, pour surveiller et presser tout à la fois le fond de l'utérus.

Enfin, M. le docteur Saussier, de Troyes, imitant Credé dont c'était la méthode, fait plus encore

que presser le fond de l'utérus. Profitant de l'état de flaccidité de la paroi abdominale, après la sortie de l'enfant, il plonge *sa main gauche, de champ*, par-dessus le globe utérin et l'empoigne en plein par son sommet, avec les doigts écartés et de manière à le coiffer complétement; et, pendant que, de cette main ainsi disposée, il comprime le fond de la matrice, — de la main *droite* il tire doucement sur le cordon saisi comme d'ordinaire.

L'auteur de ce procédé dit avoir eu, depuis plusieurs années, de fréquentes occasions de le mettre en pratique, et ne l'avoir jamais vu manquer son but, dans des cas où l'ancien procédé (celui de Dubois, décrit en premier lieu), était resté inefficace, — où la résistance du placenta ne permettait pas des tractions, sur le cordon, plus fortes que celles qui avaient été opérées déjà, — et même où le cordon avait été rompu.

Nous nous sommes servi bien souvent nous-même du procédé, depuis quelques années, et il nous a si bien réussi, que nous n'employons plus guère que lui; parce qu'il dispense de toucher à la vulve qui est douloureuse, toute froissée qu'elle est, et sur laquelle on ne reporte pas toujours impunément les doigts.

Du reste, à quelque procédé qu'on ait recours, dans le but d'extraire un délivre un peu résistant, pour ne pas s'exposer à tirer sur le cordon dans une fausse direction, il est bon d'explorer préalablement avec le doigt le vagin et l'orifice même de la matrice, afin de savoir au juste où se trouve le

placenta et de quelle façon il se présente. S'il est déjà dans le vagin, rien de plus simple que son extraction; il n'y a qu'à tirer un peu sur le cordon et *tout droit*. Mais quand le placenta est encore au-dessus de l'orifice utérin, la manœuvre n'est pas tout à fait aussi simple : s'il est engagé dans cet orifice par son centre, il n'y a qu'à tirer *par en bas*, comme nous l'avons dit; — mais, s'il se présente par un des points de sa circonférence, détaché avant le reste, il faut suivre le conseil donné par Guillemot : *de ne point tirer sur le cordon*, ce qui ne ferait qu'ajouter à la partie du placenta déjà engagée le centre même de cet organe, précisément ce qu'il y a en lui de plus épais, — et *d'aller*, au lieu de cela, *saisir avec la main le bord qui se présente dans le col*, pour tirer sur lui, en lui imprimant un léger mouvement de torsion.

Or, ce procédé que Guillemot, d'abord, puis Cazeaux et Swaine, après lui, ne conseillaient que pour certains cas particuliers, Matth. Duncan, l'a tellement adopté, de nos jours, qu'il l'a érigé en véritable méthode, qu'il appelle même la méthode d'extraction du placenta par excellence, pour tous les cas. Et il s'appuie, pour cela, sur les considérations suivantes (*voir* le chapitre XVI de son livre (1) où il s'exprime à peu près en ces termes :)

Si le placenta est inséré un peu bas, en se dé-

(1) *Du mécanisme de l'accouchement normal et pathologique*, 1876; traducteur, docteur Budin.

tachant il se roule sur lui-même en oublie et présente sa face anfractueuse au doigt et à l'œil. Quand, alors, il présente sa face lisse ou fœtale, c'est que, par des tractions sur le cordon, on l'a *inversé*. Cette inversion n'est donc qu'un mécanisme anormal.

Si l'on saisit la première partie du placenta qui se présente à l'orifice utérin, avec les doigts, et que, ne l'abandonnant plus, on le laisse venir seul, on voit très-bien que ce n'est pas la face amniotique, mais bien le bord ou une partie très-voisine du bord qui sort en premier lieu. C'est là le vrai mécanisme *naturel* et non pas l'autre. Et il en doit être ainsi, après tout, puisque c'est de cette façon, en se roulant longitudinalement en cornet et se présentant par un bout de ce cornet, qu'il offrira le plus petit volume.

Selon Duncan, Baudelocque aurait donc eu tort d'adopter l'autre mécanisme, et Schultze de le figurer. Pour eux, ce serait toujours sur la face utérine que se replierait le placenta ; et ce n'est pas. Ils parlent d'une perte sanguine considérable qui se fait avec la sortie du placenta. Eh bien! dit Duncan, cette hémorrhagie ne se ferait pas, ou presque jamais, si l'on n'intervenait pas, si l'on n'extrayait pas le placenta par la manœuvre devenue habituelle, par des tractions sur le cordon.

En tirant ainsi, on décolle le fond avant les bords, et, dans cette coupe que l'on forme, s'accumule rapidement beaucoup de sang, — les sinus étant subitement ouverts et les parois de l'utérus, à cause

de la présence dans son col du placenta replié sur lui-même, ne pouvant pas se rapprocher librement.

Pour Duncan, l'absence d'hémorrhagie, au moment de la délivrance, est l'état normal et la conséquence de ce qu'il décrit comme étant le mécanisme *naturel*. Et, que conclure de là, ajoute-t-il, si ce n'est qu'il faut abandonner la 3e période de l'accouchement (la délivrance) à la nature; et que, s'il est nécessaire que l'accoucheur intervienne, il doit le faire autant que possible en imitant le mode naturel d'expulsion du placenta, c'est-à-dire, — comme l'avaient déjà indiqué Guillemot, puis Cazeaux, puis Swaine, mais pour certains cas seulement, — en allant saisir avec deux doigts le placenta par le bord qui se présente à l'orifice utérin, pour l'attirer ensuite au dehors, avec douceur, tout à la fois avec ces deux doigts portés dans le vagin, et avec l'autre main tirant un peu sur le cordon ?

S'il arrivait qu'on sentît le cordon craquer et se rompre au moment où l'on tire sur lui, il serait bon de cacher ce petit malheur aux assistants qui pourraient peut-être l'imputer à de la maladresse. Pour cela, on laisserait le cordon rompu dans le vagin, et, avec la main, introduite vivement, on irait chercher de suite placenta et cordon tout ensemble. (Pajot.)

Quoi qu'il en soit, lorsque le délivre est à la vulve, on le saisit avec les deux mains et on l'extrait *lentement et en le roulant plusieurs fois sur lui-même*, pour achever son décollement, s'il tient encore par hasard à quelque point de la paroi uté-

rine, et n'en rien laisser derrière. Et si, malgré cette précaution, il restait dans la matrice quelques fragments du placenta ou seulement des membranes, il conviendrait de porter de suite la main à leur recherche; car, abandonner leur expulsion à la nature serait peut-être exposer la femme aux dangers d'une infection putride.

Enfin, après l'extraction du délivre, il suffit de quelques frictions hypogastriques pour dégager la matrice des caillots qu'elle peut contenir et la faire se rétracter complétement sur elle-même.

Cela fait, on laisse la femme en repos sur son *lit de misère* pendant quelques instants, pour donner le temps à l'utérus d'opérer son premier dégorgement, et prendre celui de la nettoyer et de la changer de linge, et on la fait ensuite *transporter* sur le lit où elle doit rester couchée, jusqu'à son rétablissement. Il ne faut jamais permettre à une nouvelle accouchée de se rendre d'elle-même, *en marchant*, de son lit *de misère* à l'autre.

Quand nous sommes appelé à temps, nous avons pour habitude de demander si la chemise de la femme est propre; — si elle l'est, nous nous contentons de la faire *relever* immédiatement, sous les autres vêtements, *jusqu'aux reins*, pour la préserver de toute souillure pendant l'accouchement; — si elle ne l'est pas, nous en faisons changer de suite, pour la retrousser après, comme nous venons de le dire; — et, par là, non-seulement nous épargnons à la femme, pour plus tard, une fois la délivrance opérée, la fatigue inséparable de cette

partie délicate de sa toilette ; — mais encore nous la mettons plus sûrement à l'abri (c'est du moins notre conviction) d'une hémorrhagie consécutive, à laquelle doivent disposer évidemment et la position assise, et le mouvement des bras, et un certain refroidissement du tronc. — Nous conseillerions donc volontiers d'imiter toujours cette sage pratique, qui, du reste, est aussi celle de M. Depaul, depuis longtemps déjà.

La plupart des femmes qui viennent d'accoucher demandent qu'on leur serre le ventre par un bandage, et elles ont raison ; non pas qu'elles aient à en retirer un grand avantage pour la finesse ultérieure de leur taille ; mais parce que la pression du *ceintre* supplée au défaut d'action d'une peau sans élasticité et de muscles très-affaiblis, — prévient la stase du sang dans la veine cave inférieure et, par suite, la syncope, — diminue les chances de congestion dans les viscères abdominaux, — et accélère, sans aucun doute, le dégorgement final de l'utérus, tout en abrégeant la durée des tranchées utérines de la multipare.

Si la femme, une fois couchée et *ceintrée*, sent le besoin de se livrer au sommeil, il faut, en dépit de l'absurde préjugé qui règne encore dans une certaine classe de la société, respecter ce besoin, et surveiller seulement l'état du facies et du pouls, de peur d'hémorrhagie qui, sans cela, pourrait rester inaperçue.

Après une heure ou deux, qu'elle ait dormi ou non, on fait asseoir la femme sur son lit, pour que

le vagin se vide plus facilement du sang qu'il contient, et on profite du moment pour lui faire prendre un bouillon et changer le linge dont elle s'était garni la vulve ; puis, on la laisse de nouveau en repos, à moins qu'on ne l'engage à présenter le sein au nouveau-né.

Enfin, plus tard, mais avant qu'il se soit écoulé 24 heures depuis la délivrance, *on ne doit point oublier de s'informer s'il y a eu émission des urines*, parce que, si la vessie était distendue par ce liquide et devenait douloureuse, il serait urgent, sous peine de voir se développer une péritonite, de provoquer la miction, dût-on, pour cela, recourir de suite au cathétérisme. Quant aux déjections fécales, elle peuvent tarder davantage à se faire, sans que la femme coure le même danger. Cependant, il est toujours avantageux de vider le rectum avant l'époque de la *fièvre de lait*. Si les lavements ne suffisent pas à amener cette évacuation, on fera prendre dans un bouillon de 10 à 15 grammes d'huile de ricin, et l'on sera sûr avec cela d'arriver au but. Nous sommes dans l'habitude d'administrer ce laxatif 36 ou 48 heures après l'accouchement, s'il n'y a pas eu de selles spontanées, et nous n'avons qu'à nous féliciter de cette pratique.

Aux *tranchées* assez vives qui se montrent, chez les multipares particulièrement, dans les premières heures qui suivent la délivrance, on n'a rien à opposer; elles sont, du reste, nécessaires au dégorgement de l'utérus. Mais à celles qui tourmen-

tent, pendant deux ou trois jours de suite, la plupart des femmes ayant eu déjà plusieurs enfants (et les tranchées sont généralement en rapport direct avec le chiffre des couches antérieures), il faut opposer les moyens suivants : des cataplasmes chauds et laudanisés sur l'hypogastre, des onctions avec de l'huile laudanisée sur la même région, la potion de Dewees (4 grammes de camphre dans 180 grammes de liquide sucré) à prendre par cuillerée d'heure en heure, et surtout (P. Dubois) des quarts de lavements laudanisés.

Mais le mieux serait encore de prévenir le développement de ces contractions consécutives si pénibles. Or, Cazeaux conseille, dans ce but, de donner aux femmes qui en ont souffert après leurs accouchements antérieurs, un peu de seigle ergoté (1 gramme, par exemple) aussitôt la délivrance opérée ; — et si, avec cela, dit-il, on a soin de comprimer assez fortement le globe utérin, au moyen d'une ou deux serviettes non dépliées et d'un bandage de corps, on est à peu près certain de ne pas voir se développer dans cet organe de coliques bien vives ni de bien longue durée. Ces coliques, d'ailleurs, il faut bien le savoir, ne dépassent guère la *fièvre de lait*.

On appelle du nom de *fièvre de lait* un état fébrile qui se déclare habituellement de la 40e à la 60e heure après l'accouchement, et qui est caractérisé par une peau chaude et halitueuse, un pouls large et souple, un gonflement douloureux des mamelles, et une céphalalgie plus ou moins intense.

Ce malaise ne demande pas de soins particuliers autres que la diète, une boisson délayante et du repos : après 24 ou 36 heures au plus de durée, il cède de lui-même. S'il durait davantage, sans sueurs surtout, et après avoir débuté par un frisson assez prolongé, on devrait le prendre, au contraire, très au sérieux, et craindre qu'il ne soit le premier symptôme d'une phlegmasie grave à combattre de suite vigoureusement.

Mais si l'enfant tète bien dès le début, sa mère a bien des chances de ne pas avoir de fièvre de lait, et, bien mieux, dit P. Dubois, une presque assurance d'éviter les inflammations puerpérales.

Pendant les 5 ou 6 premiers jours qui suivent le travail, il faut interroger attentivement le ventre par le palper, et, à l'apparition de la moindre douleur au niveau des fosses iliaques, songer à la possibilité d'une péritonite, et agir en conséquence.

L'écoulement utérin, qui s'établit après la délivrance et qui porte le nom de *lochies*, dure ordinairement 6 semaines chez la femme qui n'allaite pas ; c'est là le temps que demande alors l'utérus, pour se dégorger et revenir à son état normal. Mais, chez la femme qui nourrit, l'écoulement lochial dure moins longtemps. — Il se compose, du reste, de sang pur, jusqu'à l'apparition de la fièvre de lait ; — de pus et de sang mélangés, durant les 4 ou 5 jours qui suivent la fin de cette fièvre ; — et de pus blanc et crémeux, jusqu'au retour de la matrice à son état normal. Pendant la fièvre de

lait, il y a suppression presque totale des lochies ; mais à cette suppression d'un moment on n'a rien à opposer.

Il n'en est pas de même de la suppression avant ou après la fièvre de lait ; elle mérite qu'on s'en occupe sérieusement. Comme elle tient, généralement, à l'apparition d'une inflammation plus ou moins grave, le plus sûr moyen de rappeler l'écoulement est de combattre cette inflammation dès qu'elle est reconnue. Les cataplasmes émollients et bien chauds sur la vulve, et les injections mucilagineuses et tièdes poussées dans le vagin, ne peuvent pas grand'chose à eux seuls.

On fera bien de tenir à ce que la femme reste couchée pendant les 9 premiers jours. Son lit n'en est pas moins fait chaque jour, si elle le désire ; mais alors on la fait transporter, pour le temps nécessaire, sur un autre lit ou sur un canapé, et on ne la laisse pas s'y rendre seule. C'est surtout dans l'intérêt de l'utérus et de ses ligaments qu'on prescrit autant de précautions.

Mais, passé le 9e jour, la femme peut se lever, pour se tenir assise sur un fauteuil à dos incliné, pendant une heure d'abord, puis pendant deux, puis pour plus longtemps, et cela graduellement.

Enfin, vers le 15e jour, on lui permet de marcher dans la maison, et vers le 25e seulement, de sortir au grand air.

On comprend bien, d'ailleurs, qu'il ne peut y avoir à ce sujet de règle absolue, et qu'il est des femmes auxquelles on peut permettre de vaquer à

leurs occupations dès le 5e ou 6e jour, tandis qu'il en est d'autres qu'il faut retenir à la chambre, couchées ou tout au moins assises, durant 40 jours et plus, même en dehors de tout accident consécutif.

L'alimentation de la nouvelle accouchée doit être très-surveillée. Pendant les deux premiers jours, il convient de ne permettre que deux potages et trois bouillons par 24 heures. Tant que dure la fièvre de lait, s'il en survient, on prescrit la diète et une boisson délayante ; mais, après, on en vient à une nourriture de plus en plus abondante, en allant, bien entendu, par gradation, si bien qu'on ne rend la femme à son régime ordinaire que vers le 15e jour. On est moins sévère, du reste, avec les femmes qui nourrissent leur enfant qu'avec celles qui ne le nourrissent pas.

Quant à ce qui est des tisanes à prescrire durant le temps des couches, on peut laisser le choix entre les infusions de fleurs de mauve, de violette, de tilleul, etc., pourvu que celle qui sera adoptée soit prise *tiède*, pendant au moins les quatre ou cinq premiers jours.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que la femme qui vient d'accoucher a plus besoin qu'aucune autre d'être tenue dans de bonnes conditions hygiéniques.

Pour *faire passer le lait*, chez la femme qui ne nourrit pas ou chez celle qui cesse de nourrir, il suffit, en général, de deux ou trois doses modérées de sel purgatif dans une semaine. C'est là, assurément, le meilleur moyen de préserver la

femme des *ravages* causés par les prétendues migrations du lait. Cependant, les femmes d'un certain monde et presque toutes les femmes du peuple réclameront encore, à cet effet, outre les purgatifs, et même avant eux, de la tisane de *pervenche* ou de *racine de canne*, en laquelle elles ont grande confiance. Eh bien, on doit se garder de la refuser, sous peine d'encourir plus tard de graves reproches, s'il survient le moindre engorgement viscéral ou la moindre névrose. Ces deux tisanes n'ont aucune propriété ; elles agissent comme agirait de l'eau chaude, ni plus ni moins ; mais raison de plus pour en permettre l'usage ; seulement, on a soin de leur adjoindre un moyen plus efficace : par exemple, 60 grammes de sulfate de magnésie à prendre en 2 ou 3 fois, à 3 ou 4 jours de distance, plus 1 ou 2 grammes de sel de nitre chaque jour, dans une tisane diurétique quelconque.

Là se bornent les soins à donner à la femme nouvelle accouchée, dans les cas où il ne survient rien d'extraordinaire.

Passons maintenant en revue les accidents qui peuvent se montrer à cette époque et nécessiter l'intervention active de l'accoucheur ; mais, auparavant, disons un mot de la conduite à tenir, pendant et après le travail, dans le cas de grossesse *gémellaire*.

Conduite de l'accoucheur, pendant et après le travail, dans le cas de grossesse gémellaire.

Que la grossesse gémellaire ait été ou non soup-

çonnée d'avance, du moment que, après l'expulsion d'un fœtus, on a la certitude ou seulement la croyance qu'il peut en exister un second dans l'utérus, *il faut s'empresser de lier le bout placentaire du cordon*, si on ne l'a déjà fait, et se bien garder de tirer sur ce cordon, de peur que les deux placentas, réunis et comme fondus en un seul, n'aient entre eux de larges communications vasculaires.

L'extrémité placentaire du cordon étant liée, on doit donc attendre l'expulsion du second fœtus, avant de chercher à avoir le délivre. Cependant, si le placenta déjà décollé venait s'offrir à l'orifice utérin, il serait permis d'essayer de l'extraire, pour dégager le passage ; mais ce ne serait que par des tractions excessivement ménagées, à cause de l'adhérence possible entre les deux placentas. Du reste, à la moindre hémorrhagie inquiétante, cette adhérence étant plus que probable, il faudrait aller chercher *immédiatement* avec la main le second enfant, puis les placentas réunis, — quitte à tout employer, après cela, pour amener la matrice à se rétracter le plus rapidement possible (*voir*, plus loin, l'article *Hémorrhagie consécutive*) ; car il est reconnu que, dans les grossesses multiples, l'utérus a perdu, par excès de distension, beaucoup de sa contractilité de tissu, et qu'il est dès lors rationnel, quand rien ne presse, de ne pas délivrer trop vite et de laisser aux parois utérines le temps de revenir sur elles-mêmes, au fur et à mesure que s'échappent les arrière-faix.

Dans tous les cas, après la naissance des deux enfants, on se gardera bien de réunir les cordons en un seul faisceau, pour tirer sur tous deux à la fois ; au lieu de cela, on les fera avancer l'un après l'autre, en tirant d'abord sur celui qui est venu le premier et qu'on reconnaît à la ligature qu'il porte, puis saisissant l'autre pour tirer sur lui également.

Enfin, la délivrance achevée, il est bon de surveiller l'état de la femme d'une façon toute particulière, parce qu'elle est, nous le répétons, très-disposée à une inertie utérine consécutive et à l'hémorrhagie grave qui est la conséquence habituelle de cette inertie.

Qu'on ne croie pas, pourtant, qu'au total l'accouchement gémellaire expose plus la femme que l'accouchement simple ; il n'en n'est rien. Les jumeaux, lors même qu'ils arrivent à terme, sont toujours plus petits chacun que les enfants uniques, et passent dès lors plus aisément dans le canal pelvien. En général, le premier vient par la tête, et le second par le siége ; et, comme le premier est ordinairement un peu plus volumineux que le second, il s'ensuit que celui-ci, par une double raison, est expulsé sans presque causer de douleurs à la mère. Il est vrai que, par contre, le travail se prolonge souvent bien plus que dans l'accouchement simple, puisque le second enfant ne suit pas immédiatement le premier, et qu'il y a parfois jusqu'à 24 heures et plus d'intervalle entre l'expulsion de l'un et celle de l'autre.

Conduite de l'accoucheur dans le cas d'accidents après le travail.

Les accidents qui peuvent suivre le travail, c'est-à-dire apparaître quand l'enfant est dehors, et qu'on croit avoir eu sous les yeux un exemple d'accouchement exempt de toute complication, sont :

L'adhérence anormale du placenta;
L'enchatonnement du placenta;
L'inertie utérine consécutive;
L'éclampsie;
Et le thrombus, soit de la vulve, soit du vagin.

Adhérence du placenta.

Il arrive assez souvent que le placenta, au lieu de se décoller de lui-même aux premières contractions qui surviennent après la sortie du fœtus, reste adhérent à l'utérus. On a beau faire des tractions assez fortes sur le cordon et dans une bonne direction, on n'amène rien; on sent que, pendant qu'on tire, on entraîne le fond de la matrice, mais on ne réussit pas à détacher le placenta.

A quoi sont dues les adhérences de cet organe? Est-ce à du sang dont la fibrine s'est organisée, ou à de la lymphe plastique déposée après inflammation? Peu importe : ce qui intéresse le praticien, c'est de savoir qu'elles accompagnent assez souvent les accouchements *tardifs*, et qu'elles sont

parfois si solides, que, sur le cadavre même, on a de la peine à les rompre.

La conduite à tenir, en présence d'un placenta adhérent, est un peu différente suivant que l'adhérence est totale ou seulement partielle, et suivant qu'il y a ou non inertie de la matrice.

Si l'adhérence est *totale*, comme il n'y a pas d'hémorrhagie, on peut se livrer à l'expectation pendant une ou deux heures, avant de porter la main dans l'utérus. Quand cet organe se contracte franchement, on attend patiemment, sans rien faire; quand, au contraire, il est pris d'inertie, on attend encore, mais en employant les moyens les plus propres à exciter la contractilité utérine, savoir : frictions hypogastriques, titillations du col, et un peu de poudre de cannelle; mais *pas de seigle ergoté*. « Ce médicament, que l'on est excu-« sable de donner dans le cas de rétention du pla-« centa, après *avortement*, — parce qu'alors l'in-« troduction de la main dans la cavité utérine n'est « pas praticable, et que mieux vaut, dans ce cas, « une ressource infidèle que rien, — produirait ici « un effet probablement opposé à celui que l'on en « attendait. Sous son influence, l'utérus se contrac-« terait, et, au lieu de chasser le délivre, l'empri-« sonnerait dans sa cavité (Pajot). » La seule chose à faire, c'est d'aller sans hésitation chercher le placenta adhérent, *avec la main*, comme nous le verrons tout à l'heure.

Si l'adhérence est *partielle*, comme il y a hémorrhagie, il n'y a plus à attendre un temps dé-

terminé. Dès qu'on juge la vie ou seulement la santé de la femme compromise, il faut procéder bien vite à l'extraction du placenta, en n'oubliant pas, s'il y a inertie utérine, de faire précéder ou au moins accompagner l'introduction de la main, de l'administration d'un gramme à un gramme et demi de seigle ergoté en une seule dose. Car, après l'extraction du délivre, si la perte devait continuer, le seigle serait là, contre elle, la première des ressources.

Quand un placenta n'est qu'à moitié adhérent et donne lieu de suite à une perte de sang inquiétante, est-ce le cas de songer au tamponnement vaginal avant d'en venir à l'extraction? P. Dubois ne le pense pas. On ne ferait, dit-il, en pratiquant le tamponnement, que perdre un temps précieux, sans avoir l'avantage de se mettre sûrement à l'abri d'une hémorrhagie, soit *interne,* se faisant immédiatement, soit *externe*, ayant lieu plus tard, au moment de l'expulsion ou de l'extraction du placenta. Il vaut donc bien mieux, ajoute cet illustre accoucheur, *porter la main sans délai dans la matrice, pour détacher et entraîner rapidement le délivre :* on est en présence d'un accident qui menace la vie ou tout au moins la santé de la femme ; perdre un seul instant à essayer du tampon, serait commettre une faute très-grave.

Voici, du reste, comment doit se faire l'extraction du placenta :

La femme étant placée comme pour la version (*voir* plus loin), on tend le cordon de la main gau-

che, et l'on introduit la main droite, dont les doigts sont disposés en cône et graissés d'axonge ou de cérat sur leur face dorsale seulement, jusque dans la cavité utérine, pendant qu'un aide, *ce qui est indispensable,* soutient le fond de l'utérus avec la main pour l'empêcher de fuir. Le cordon est un guide sûr pour conduire la main droite sur la face fœtale du placenta. Arrivée là, cette main cherche à reconnaître si le placenta est adhérent dans la totalité ou dans une partie seulement de sa circonférence. Dans ce dernier cas, on glisse l'extrémité des quatre derniers doigts entre le bord décollé et la face interne de la matrice, et, s'aidant du pouce appliqué sur la face fœtale du placenta, on détache le reste de cet organe *par de simples tractions* et non par un mouvement de scie du bout des doigts, mouvement de scie qui conduirait peut-être les ongles dans le tissu même de l'utérus.

Si, au contraire, le placenta est adhérent dans toute sa circonférence, il faudra, comme le faisait P. Dubois, attaquer ce placenta par son centre avec le doigt indicateur, et, après l'avoir perforé de part en part, le décoller *de dedans en dehors* dans tous les sens, toujours *par de simples tractions.* On n'aura plus, après cela, pour terminer l'opération, qu'à entraîner au dehors l'organe saisi à pleine main.

Mais, précepte important, *on ne devra jamais s'acharner à détacher à tout prix les parties du placenta solidement adhérentes;* ces parties, on les laissera derrière et elles se détacheront petit à petit

d'elles-mêmes pour sortir avec les lochies ; seulement, ces lochies acquérant alors une extrême fétidité, on aura soin de pratiquer des injections utérines avec une infusion légère de camomille ou de fleurs de guimauve tiède, additionnée même, au besoin, de quelques gouttes d'hypochlorite sodique, et l'on songera à combattre vigoureusement, dès leur apparition, les accidents de résorption putride qui pourraient survenir. Nous avons réussi, dans un cas de résorption de ce genre presque désespéré, par les moyens suivants : *purgatifs salins répétés, — décoction de quinquina, — eau vineuse, — alcoolature d'aconit, — injections utérines, — grands soins de propreté, — renouvellement fréquent de l'air dans l'appartement, — et quelques aliments réparateurs sous un petit volume (potages, gelées, bouillon,* etc.).

Enchatonnement du placenta.

La matrice, après l'expulsion du fœtus, est quelquefois prise de contractions irrégulières. Or, si elle se contracte plus en dessous du délivre qu'en dessus, elle arrête celui-ci, et si bien qu'on ne peut réussir à l'extraire par de simples tractions sur le cordon, aidées même d'une forte pression sur le fond de l'utérus. Dans certains cas, c'est l'orifice interne du col qui, contracturé, retient le placenta dans la cavité utérine proprement dite. D'autres fois, c'est une portion plus élevée du corps même de la matrice qui se contracte spasmodiquement, quand ce qui est au-dessus reste presque inerte,

et alors le placenta est réellement *enchatonné*, c'est-à-dire *emprisonné* dans une arrière-cavité, qui n'est qu'une partie de la cavité utérine ; c'est là l'*hourglass* des accoucheurs anglais.

On peut soupçonner l'*enchatonnement* du placenta, quand le palper fait reconnaître que le corps de l'utérus est irrégulier et disposé en forme de gourde, — quand il y a perte sanguine, indiquant que le délivre n'est plus adhérent, — et quand, cependant, celui-ci résiste à des tractions assez fortes, opérées dans une bonne direction, et aidées d'une compression suffisante du fond de la matrice. Mais on ne peut asseoir sûrement son diagnostic qu'en portant la main dans l'utérus. Tant qu'on n'a pas eu recours à ce seul moyen d'éclairer nettement la question, on peut tout aussi bien croire à une adhérence partielle, mais très-solide, du placenta, qu'à un enchatonnement de cet organe. Et, du reste, aurait-on une presque certitude, d'après le palper, qu'on a affaire à un placenta enchatonné, qu'il faudrait encore porter la main dans l'utérus pour déterminer le siége précis de la contraction. Or, quand la main aura été introduite pour faire cette reconnaissance, on se donnera bien garde de la retirer avant d'avoir saisi le corps enchatonné. Arrivé sur l'obstacle, on s'apprêtera donc à le vaincre; mais, auparavant, on aura bien soin de *soutenir parfaitement le fond de la matrice avec l'autre main*. C'est ici une précaution *essentielle*, si l'on ne veut courir le risque de déchirer transversalement le haut du vagin.

Le fond de l'utérus étant soutenu, si c'est l'orifice interne lui-même qui est contracturé, on y engage tous les doigts *avec douceur et patience,* jusqu'à ce qu'on soit arrivé à saisir solidement le placenta pour l'entraîner. Mais si c'est un point plus élevé de la matrice qui, revenu tétaniquement sur lui-même, emprisonne le délivre, on pousse la main jusqu'à la contracture, et, avec un ou deux doigts seulement, on cherche à dégager le placenta, pour l'amener ensuite au dehors en tirant sur le cordon. On n'engagerait toute la main dans l'arrière-cavité que si l'on s'apercevait que le placenta y est non-seulement enchatonné, mais encore plus ou moins adhérent. Alors la main entière serait nécessaire pour achever de le décoller, comme nous l'avons dit plus haut. Essayer de faire cesser la contraction irrégulière et spasmodique de l'utérus par de l'opium en lavement ou en potion, ou par de l'extrait de belladone porté directement sur le point contracturé, serait perdre un temps précieux, pour n'avoir peut-être, d'ailleurs, aucun résultat.

Dans un cas de *rétention du placenta sous la double influence d'adhérences anormales de cet organe et de contracture de l'utérus,* — comme celui si intéressant que mademoiselle A. Puéjac, alors professeur du cours départemental d'accouchement à Alger, a publié (1), — il n'y aurait rien de mieux à faire que d'imiter la conduite de cette habile sage-

(1) *Gazette médicale de l'Algérie* (avril 1865).

femme. L'adhérence du placenta étant intime, il y avait absence complète d'hémorrhagie ; nulle indication, par conséquent, de recourir de suite à l'extraction. Sachant, d'autre part, que le placenta, par cela même qu'il est aussi adhérent, vit très-bien et peut rester où il est, un certain temps, tout à fait inoffensif, mademoiselle Puéjac prit le parti d'attendre, en n'usant que de moyens antispasmodiques simples. Peu à peu le spasme s'affaiblit, disparut, et le délivre finit par être chassé en entier.

Inertie utérine consécutive.

Nous parlerons ailleurs de l'inertie utérine *primitive ;* ici, il s'agit de celle qui suit immédiatement l'accouchement.

Ordinairement, après la sortie du fœtus, la matrice continue à se contracter, d'abord pour opérer le décollement des annexes, puis pour chasser le sang qui s'exhale de sa surface interne. Eh bien, si, ce qui n'est pas très-rare, ces contractions viennent à manquer, c'est l'accident appelé *inertie utérine consécutive.*

On le reconnaît, d'une part, à ce que l'utérus, au lieu de se retirer vers le haut de l'excavation sous la forme d'une grosse boule dure, reste flasque et presque aussi volumineux qu'avant l'accouchement ; et, d'autre part, à ce que, si le placenta est décollé, ne serait-ce qu'en partie, il y a perte sanguine plus ou moins abondante. Dans certains

cas, cependant, le délivre, détaché et tombé sur le col, obture exactement celui-ci, et alors il n'y a pas d'hémorrhagie *externe;* mais il y a hémorrhagie *interne*. Le sang, que versent à grands flots les orifices béants des sinus déchirés, s'accumule dans la cavité de la matrice et redonne à cet organe un volume parfois égal à celui qu'il avait au moment de l'accouchement. La perte ne se voit pas, et pourtant elle n'en est pas moins terrible ; elle peut être foudroyante, si l'accoucheur n'est pas là pour y porter remède à l'instant même. De là, le sage précepte, donné dans les Traités d'accouchements, de *ne jamais quitter la nouvelle accouchée immédiatement après l'expulsion du fœtus, de la délivrer soi-même,* et *de rester dans l'appartement au moins une heure,* lui tâtant le pouls et la région hypogastrique de temps en temps, interrogeant sa physionomie, s'informant de la quantité de sang qui s'échappe de la vulve, et, pour peu que les réponses laissent de doute à cet égard, examinant soi-même le linge dont elle s'est garnie. Mais, nous l'avons dit, dans l'hémorrhagie *interne* la perte n'est pas visible. A quels signes, donc, la reconnaîtra-t-on? Si elle est abondante, il y aura, outre le retour du ventre à un volume anormal, les symptômes caractéristiques de toute hémorrhagie grave : de la faiblesse dans le pouls, une pâleur extrême de la face, du refroidissement aux extrémités, des vertiges, des tintements d'oreille, des défaillances, de l'anxiété et quelquefois des mouvements convulsifs.

L'inertie utérine *consécutive*, s'accompagnant presque inévitablement d'hémorrhagie abondante et rapide, est peut-être l'accident le plus redoutable qui puisse survenir après le travail; il peut tuer la femme en quelques minutes, si le décollement du placenta est avancé; au contraire, c'est un accident peu grave, si le placenta reste complétement adhérent jusqu'au rappel de la matrice à des contractions franches.

Traitement. — Si le placenta n'est pas décollé, quand on s'aperçoit qu'il y a inertie utérine, il faut s'empresser de réveiller bien vite la contractilité de la matrice par une assez forte dose de seigle ergoté (2 grammes en deux prises, à 10 minutes d'intervalle), des frictions hypogastriques et la titillation du col, et ne songer à l'extraction du délivre que lorsqu'on est bien sûr que l'utérus n'est plus inerte. Si l'on opérait cette extraction avant le retour des contractions utérines, on produirait précisément ce qu'on redoute, ce qui constitue tout le danger de l'inertie, l'*hémorrhagie*.

Si le placenta est décollé, au contraire, et si l'inertie se complique d'hémorrhagie, il faut chercher à apprécier la quantité de sang qui s'échappe; car si elle est peu considérable, parce que le placenta n'est décollé que dans un point très-restreint de son étendue, on se garde bien d'achever ce décollement avant que le seigle ergoté ou les frictions aient réveillé l'utérus; tandis que, si la perte est assez abondante pour compromettre la vie de la femme, on se hâte, après avoir donné du seigle

ergoté (1 gramme au moins à la fois), de porter la main *entière* dans la matrice pour l'exciter à se contracter et la vider, par la même occasion, du placenta ou seulement des caillots qu'elle peut contenir. Il est bien entendu que de la main gauche, qui soutient le fond de l'utérus, on cherche en même temps à agacer cet organe, pour qu'il entre plus rapidement en contraction. Du reste, le seigle qui a été administré vient bientôt en aide à l'irritation mécanique.

Cette manœuvre des deux mains, agaçant la matrice chacune de son côté, — si surtout elle est appuyée de l'administration d'une bonne dose de seigle ergoté, — manque rarement son effet. Cela se voit cependant. Alors, il faut porter bien vite dans la cavité utérine un citron écorcé ou une éponge imbibée de vinaigre de table pur, que l'on exprime vigoureusement sur la face interne de l'organe ; et, si cela ne suffit pas encore, il faut recourir à l'action du froid, dont quelques praticiens disent avoir eu à se louer, en pareille circonstance. Avec de l'eau sortant du puits, on fera donc des injections dans la matrice même, ou au moins des affusions sur l'hypogastre et le haut des cuisses. Sans doute, ces deux derniers moyens pourront exposer la femme à une péritonite; mais n'est-on pas en présence d'un danger plus grand encore, et ne faut-il pas à tout prix empêcher la vie de s'éteindre ?

C'est encore par le même motif qu'on pourrait se risquer à faire des injections dans l'utérus,

comme Barnes et quelques autres médecins anglais, avec du perchlorure de fer dilué au tiers, injections qui ont produit çà et là, quoi qu'en dise Barnes, des accidents sérieux, et qui, dès lors, devraient être réservées pour les cas d'hémorrhagie extrême, très-menaçante, et contre laquelle on aurait échoué avec les moyens ordinaires.

Enfin, quand tout cela reste inefficace, il ne faut pas hésiter un seul instant *à faire le tamponnement vaginal,* — ou *la compression du globe utérin*, — ou, *enfin, la compression de l'aorte elle-même.*

Tamponnement vaginal. — Dans la circonstance présente, on n'a besoin, pour tamponner le vagin, ni de spéculum ni de pinces. De la charpie, de l'étoupe, de vieux morceaux de linge, un mouchoir de toile usé, ou une grosse éponge, et la main comme instrument, suffisent pour faire convenablement l'opération. Il n'est pas nécessaire, non plus, de placer la femme comme pour l'application du spéculum ; on l'attire seulement un peu sur le bord du lit, ne serait-ce que pour la sortir du sang dans lequel elle baigne ; on lui élève le siége au moyen d'un coussin ou d'un drap replié en plusieurs doubles ; et, alors, avec les mains, sans l'aide d'aucun instrument, on arrive aisément à bourrer le conduit vaginal de l'une des substances qu'on a préparées : charpie, étoupe, morceaux de vieux linge, etc. Si l'on se sert d'un mouchoir entier, il faut commencer par introduire un de ses coins, puis pousser successivement tout

le reste, jusqu'à ce qu'on sente le vagin exactement rempli; — si l'on fait choix d'une éponge, on l'imbibe d'un peu de vinaigre de table *pur* avant de l'introduire. Ce dernier moyen était celui qu'employait Dewees de préférence : « Le sang, dit-il, « en s'infiltrant dans les cellules de l'éponge, préa- « lablement imbibée d'un peu de vinaigre, s'y coa- « gule rapidement et constitue bientôt un caillot « volumineux et solide qui obture complétement « le vagin. » Mais, quelle que soit la substance employée comme tampon, on n'oubliera pas de la maintenir en place au moyen d'un bandage de corps, muni d'une longue compresse destinée à être ramenée de bas en haut par-dessus la vulve. Quand ce bandage en T est bien appliqué, non-seulement il retient le tampon dans le vagin, mais il exerce encore une certaine compression sur l'hypogastre et, par conséquent, sur l'utérus, et tend ainsi à prévenir le développement d'une hémorrhagie interne qui ne serait pas moins grave que la première.

Compression de la matrice. — Dans un cas d'inertie utérine, M. Deneux dit avoir réussi à arrêter l'écoulement sanguin, en comprimant la matrice d'avant en arrière, au moyen de 3 ou 4 serviettes non dépliées, disposées sur l'hypogastre en guise de pelote, et d'un bandage circulaire passant par-dessus et tenu fortement serré. Si donc le tamponnement vaginal pratiqué comme nous l'avons dit, ne produisait pas l'effet désiré, on devrait essayer de l'aplatissement de l'utérus par le procédé De-

neux ; car, en agissant ainsi, on pourrait très-bien non-seulement gêner le cours du sang dans les parois de l'organe, mais encore agacer ces parois et les faire se contracter franchement.

Cependant, il vaudrait bien mieux encore avoir recours à la compression du globe utérin, suivant le procédé du docteur Saussier, de Troyes (*Voy.* l'article DÉLIVRANCE), c'est-à-dire *avec les mains*, allant, à travers la paroi abdominale, embrasser et comprimer le corps de la matrice. Mais il faut évidemment, pour que cela soit exécutable, que la paroi antérieure du ventre soit suffisamment flasque et dépressible, ce qui a souvent lieu, du reste. On cite bien des cas où cette manœuvre a réussi.

Compression de l'aorte ventrale. — Cette compression se fait avec l'extrémité des doigts; et comme elle a besoin d'être continuée un certain temps, quelquefois plusieurs heures de suite, il faut que l'accoucheur ait avec lui un ou deux aides intelligents, qui puissent peser sur ses mains dès qu'il les sent fatiguées, ou même le remplacer tout à fait s'il est forcé de lâcher prise.

On comprime plus facilement l'aorte, naturellement, sur une femme maigre que sur une femme grasse; cependant, en pressant d'une manière continue, avec force, mais sans brusquerie néanmoins, on peut toujours arriver, dit Baudelocque, l'inventeur de la méthode, à sentir la colonne lombaire, quelle que soit l'épaisseur de la paroi abdominale antérieure, et à pouvoir, dès lors, intercepter le cours du sang dans l'aorte.

Du reste, si l'on ne trouvait pas facilement cette artère, — parce qu'on a affaire à un ventre gras et peu dépressible. — qui empêcherait de mettre en pratique le procédé de notre ami, M. le docteur Guillon, de Cozes (1)?... Pourquoi — comme l'a fait ce praticien distingué, dans plusieurs circonstances, et avec un succès complet presque toujours — ne porterait-on pas la main entière dans la cavité utérine, pour, de là, exercer une compression plus immédiate et plus efficace, par conséquent, sur l'aorte, en l'aplatissant entre la paroi postérieure de l'utérus et la colonne lombaire ?... Nous n'avons pas encore essayé du procédé; et, néanmoins, nous serions porté à le recommander, vu qu'il doit être d'une application facile, et que, de plus, il remplit d'un même coup deux indications importantes : intercepter le cours du sang dans les artères utérines, qui naissent des hypogastriques, — et exciter les parois de la matrice à revenir sur elles-mêmes.

Pour que la compression de l'aorte fût sûrement efficace, il faudrait, d'une part, qu'elle portât sur un point supérieur à l'origine des artères utéro-ovariennes, et, d'autre part, qu'elle n'atteignît pas la veine cave inférieure en même temps que l'aorte; mais elle n'en offre pas moins l'immense avantage, de quelque façon qu'elle soit faite, d'entraver d'a-

(1) Guillon, *Presse médicale*, 1842. Barnes attribue cette idée à Ploucquet « qui comprimait l'aorte avec la main introduite dans l'utérus. »

bord plus ou moins la circulation utérine, puis, en diminuant l'étendue du grand cercle circulatoire, de forcer le sang à se porter au cerveau en quantité suffisante pour prévenir la syncope. Aussi, rien qu'à ce dernier titre, la compression de l'aorte abdominale serait-elle, suivant nous, parfaitement indiquée, non-seulement dans le cas de métrorrhagie, mais encore dans le cas de toute hémorrhagie menaçante.

Mais, qu'on ne se fasse pas illusion sur la valeur du tamponnement, de la compression du globe utérin et de la compression de l'aorte, appliqués en vue d'arrêter une perte par inertie utérine. Ce ne sont que des moyens mécaniques, — très-propres sans doute à suspendre rapidement l'écoulement sanguin, — mais évidemment sans action sur la contractilité de la matrice. Très-puissants contre l'hémorrhagie, ils ne peuvent rien contre l'inertie, cause première de l'hémorrhagie. Et cependant, ils n'en sont pas moins d'une utilité capitale, puisqu'ils posent une digue au torrent destructeur, en attendant que le seigle ergoté, *qu'on a dû ne pas oublier d'administrer tout d'abord*, vienne réveiller la fibre utérine, la faire entrer en contraction, et, par suite, obturer les bouches vasculaires par lesquelles la vie allait sûrement s'échapper. Les frictions hypogastriques, les titillations du col et l'introduction de la main dans l'utérus suffisent assez souvent à combattre l'inertie de cet organe ; mais rien ne vaut encore le *seigle ergoté :* c'est réellement le premier de tous les moyens à employer

en pareille circonstance. Nous avons donc eu raison d'enjoindre au médecin-accoucheur de ne jamais se rendre auprès d'une femme en mal d'enfant, sans avoir sur lui quelques grammes de ce remède. La métrorrhagie par inertie est, nous ne saurions trop le répéter, un terrible accident, d'autant plus terrible qu'il survient juste au moment où il semblait qu'on n'eût plus rien à craindre : dans bien des cas, on l'a vu réellement foudroyant. Aussi, l'accoucheur doit-il surveiller attentivement la femme, ainsi que nous l'avons dit ailleurs, pendant une heure au moins après la naissance de l'enfant ; — et, dès que l'accident redouté apparaît, déployer contre lui toute l'activité, tout le saing-froid, toute l'énergie et toute l'adresse dont il est capable. Un seul moment d'hésitation dans le choix ou dans l'application des moyens indiqués pourrait causer la mort.

Mais, en supposant qu'on ait réussi à arrêter l'écoulement sanguin et à faire cesser l'inertie utérine, tout danger n'a pas disparu pour cela, si l'écoulement a été très-considérable. La femme ne perd plus, et cependant elle n'en est pas moins en péril, parce que la quantité du liquide vivifiant, restée dans l'organisme, ne suffit pas à donner au cerveau, au bulbe rachidien et au cœur l'excitation dont ils ont besoin pour fonctionner ; et bien souvent la femme s'éteindrait deux ou trois heures après la suspension de l'hémorrhagie, si l'on ne venait à son secours, — soit en continuant la compression de l'aorte ventrale, — soit en comprimant

les artères crurales et brachiales, en même temps qu'on tient le sujet horizontalement étendu sur son lit, et de manière même à rendre la tête le point le plus déclive de tout le corps; — soit enfin, si l'on se trouve dans des conditions favorables, en pratiquant l'opération dite de la *transfusion sanguine*, qui a déjà réussi nombre de fois dans des cas vraiment désespérés.

Pour donner une idée de cette opération délicate, nous nous contenterons de dire en peu de mots comment Nélaton l'a faite, dans une circonstance où elle a été suivie de succès.

Il a disséqué et mis à découvert la veine médiane basilique, et a passé un fil sous cette veine pour la faire soulever par un aide. Cela fait, il a saisi, avec une pince à dissection, la paroi antérieure du vaisseau, *au-dessous* du fil, pour éviter l'introduction de l'air dans le torrent circulatoire, et, d'un coup de ciseaux fins, y a tracé un V la pointe en bas; puis, il a soulevé ce lambeau et a engagé dans la veine, en le dirigeant vers le cœur, le bec d'une seringue préalablement chauffée à 35° centigrades, et chargée de quelques onces de sang qu'on venait de tirer, à l'instant même, du bras d'une personne complaisante. Enfin, la canule de la seringue en place, il a ordonné de cesser le soulèvement de la veine, et a poussé le piston de l'instrument *avec lenteur et par un mouvement bien égal*. Il va sans dire qu'il avait pris grand soin, avant de commencer l'injection, d'expulser tout l'air contenu dans la seringue. — Il a injecté d'a-

bord 200 grammes de sang ; puis, cinq minutes plus tard, 250 autres grammes ; après quoi, il a fermé exactement la plaie au moyen d'une petite bandelette de linge enduite de collodion (1).

Quelques auteurs font figurer parmi les accidents qui peuvent suivre le travail : la métro-péritonite, la fièvre puerpérale proprement dite, la

(1) En août 1876, dans le service de M. Moutard-Martin, à l'hôpital Beaujon, le docteur Lefort a pratiqué cette opération en se servant, pour injecter le sang, du *transfuseur Colin*, qui constitue un réel perfectionnement, et il y a eu également succès complet. A la suite d'hémorrhagies abondantes, après une fausse couche à cinq mois, la femme était dans l'anémie la plus extrême et, grâce à la transfusion, elle est revenue promptement à la vie. Du reste, les annales de la science ont déjà enregistré plusieurs cas semblables. Ce n'est donc pas une opération à délaisser. Toutefois, il faut bien reconnaître avec le docteur Talbot, de Victoria (Australie), que, praticable dans une Maternité, où l'on a sous la main les aides et les instruments nécessaires, elle est pour ainsi dire impossible dans la pratique privée. Or, ici, dit le docteur Talbot, ne serait-il pas possible d'y suppléer par la compression des quatre membres, compression exacte des orteils jusqu'aux aines, et des doigts jusqu'aux aisselles, au moyen de bandes élastiques semblables à celles employées dans les amputations par la méthode d'Esmarch? La quantité de sang refoulée ainsi vers le tronc, ne serait-elle que de 1,200 grammes, de 1,000 grammes même (et le docteur Talbot ne l'estime pas à moins de 1,400 grammes), ce serait encore plus qu'on n'en a jamais injecté dans aucune transfusion. Du reste, le procédé, outre l'immense avantage de faire profiter le sujet de son propre sang *tout vivant*, a encore celui d'être simple et rapide. Les praticiens auraient donc tort de ne pas le prendre en considération.

phlegmasia alba dolens, l'inflammation des symphyses du bassin, la gangrène du bas-fond on du col de la vessie, les engorgements et abcès laiteux des mamelles et les gerçures du mamelon ; — mais, nous ne trouvons pas que ces états pathologiques méritent le nom d'*accidents ;* ils n'ont pas ce caractère de *brusquerie d'apparition* qui nécessite que l'homme de l'art soit tout prêt à y remédier à l'instant même ; et ils laissent, au contraire, tout le temps de la réflexion et des recherches pour leur traitement. Nous n'en dirons donc rien dans ce Manuel ; nous renverrons, pour ce qui les concerne, au *Traité des maladies des femmes* de Fleetwood Churchill (1), et nous aborderons de suite le chapitre des accouchements difficiles, autrement dit la *dystocie*, avec les opérations qu'elle comporte.

(1) Traduit de l'anglais par les docteurs Wieland, Dubrisay et A. Leblond, 2e édition, 1874.

TROISIÈME PARTIE

DES ACCOUCHEMENTS VICIEUX OU DIFFICILES (DYSTOCIE).

Les accouchements vicieux sont ceux qui ne peuvent se terminer par les seules forces de la nature, sans préjudice du moins pour la mère ou l'enfant.

Or, les accouchements peuvent être vicieux de deux manières : ou parce que la marche du travail est réellement entravée et nécessite l'intervention de l'accoucheur; ou parce que, quoique la marche du travail soit naturelle, il survient inopinément des accidents de nature à compromettre la vie de la mère ou celle du fœtus.

Les causes des accouchements vicieux de la première catégorie sont nombreuses; ce sont :

L'inertie primitive de l'utérus;

Les contractions utérines irrégulières ou fausses;

La rigidité du col;

La contracture spasmodique du col;

La résistance du périnée;

L'obliquité antérieure et extrême de la matrice;

La brièveté du cordon, soit naturelle, soit accidentelle;

Les irrégularités de présentation de fœtus multiples et isolés;

Les adhérences de fœtus multiples;

La rupture de l'utérus ou du vagin;

Les maladies du fœtus avec augmentation de volume;

Les mauvaises présentations du fœtus;

Les vices de conformation, naturels ou acquis, de l'utérus, du vagin ou de la vulve;

Et, surtout, les vices de conformation du bassin avec étroitesse.

Les causes des accouchements vicieux de la deuxième catégorie, moins nombreuses, sont :

Une trop grande ampleur du bassin;

L'excès d'énergie de l'utérus;

Le thrombus de la vulve;

La procidence du cordon;

L'hémorrhagie par décollement prématuré du placenta;

Le renversement de la matrice;

La déchirure du périnée;

Et l'éclampsie.

Reprenons successivement chacune de ces causes en particulier.

A. Causes des accouchements vicieux de la première catégorie.

Inertie utérine primitive.

Le fœtus n'est pas trop gros, sa position est bonne, les organes de la mère sont régulièrement conformés, et, cependant, au bout d'un certain temps, le travail cesse de marcher. Les douleurs, fortes au début, et qui semblaient annoncer une prompte délivrance, sont devenues peu à peu de plus en plus faibles, courtes et éloignées. Que se passe-t-il donc ? Il y a que les contractions de l'utérus, d'abord énergiques, sont à présent insuffisantes, — que l'agent principal de la parturition est, en un mot, frappé d'inertie.

Les causes de cet arrêt des contractions utérines sont assez nombreuses : quelquefois il est dû à une faiblesse générale du sujet ; d'autres fois à une faiblesse spéciale de la matrice, que rien ne pouvait faire soupçonner ; ailleurs, à un état de pléthore générale, à une excessive irritabilité nerveuse, à une trop grande distension de l'utérus, à des crampes, à une rétention des urines, etc., etc. Mais, quelle que soit la cause, le résultat est le même : *lenteur excessive du travail*, d'où danger pour la mère et pour l'enfant.

Au point de vue du *pronostic*, il est de la plus haute importance pour le praticien de bien distinguer à quelle période du travail survient l'inaction

utérine : si c'est pendant la période de dilatation du col; si c'est, au contraire, pendant la période d'expulsion. Puis, il n'est pas indifférent, non plus, de tenir compte de l'état d'intégrité ou de rupture des membranes. En effet, la *période de dilatation* peut se prolonger jusqu'à quarante-huit heures et plus sans grand danger pour le fœtus, pourvu toutefois que la poche des eaux reste intacte, et sans grand préjudice même pour la mère, qui, pourtant, se fatigue et s'inquiète, ce qui peut la disposer à quelque accident consécutif. La *période d'expulsion*, au contraire, ne peut guère se prolonger au delà de six ou huit heures, sans faire courir d'assez grands risques à la mère et à l'enfant : à la mère, en l'exposant à l'inflammation ou même à la gangrène de quelque point du conduit vaginal ; à l'enfant, en l'exposant à mourir asphyxié, par suite de compression du cordon ou de trouble dans la circulation utéro-placentaire. Mais, pour cela, il faut évidemment que les membranes se soient rompues dès le début de l'expulsion ; car si, par hasard, elles restaient intactes, il n'y aurait danger que pour la mère. Tant que le fœtus nage librement dans le liquide amniotique, il n'est, effectivement, exposé à rien de grave.

Voici, du reste, ce que l'expérience démontre :

La période d'expulsion durant plus de six ou huit heures, la poche des eaux étant rompue, il y a une chance sur quatre pour que l'enfant naisse mort. La même période durant plus de douze heures, avec rupture des membranes toujours, il

y a neuf chances sur dix pour que l'enfant succombe avant de naître, et trois chances sur cinq pour que la mère succombe aussi, soit presque immédiatement par épuisement nerveux, soit, un peu plus tard, d'une métro-péritonite qui ne peut guère manquer de se développer.

Quels sont les moyens à employer pour rendre à la matrice la force qui lui manque? Ils varient nécessairement suivant la cause de l'inertie. S'il y a faiblesse générale du sujet, on prescrira du bouillon et un peu de vin d'Espagne jusqu'à dilatation presque complète du col ; après quoi, si l'on a affaire à une présentation céphalique, on rompra la poche des eaux, si elle ne l'est déjà, pour donner du ressort à l'utérus; — si cela ne suffit pas, on administrera quelques doses de seigle ergoté ou de poudre de cannelle ; et, enfin, l'expulsion tardant encore trop à se faire, on n'hésitera pas à appliquer le forceps ou à faire la version, suivant le cas.

Si l'on soupçonne une faiblesse spéciale de l'utérus, au milieu d'un état général satisfaisant, on n'attendra pas que la dilatation du col soit presque complète pour crever les membranes et donner du seigle ergoté, si toutefois la tête se présente bien et ne paraît pas trop grosse; et, en attendant que ce médicament produise son effet, on usera des frictions hypogastriques et des titillations du col, qui quelquefois suffisent à réveiller la contractilité utérine. Nous avons vu, dans certains cas, une petite promenade dans l'appartement donner le même résultat. La femme, que nous supposons

ici bien portante, ayant la force de *pousser*, il est rare qu'on ait besoin de se servir du forceps. Du reste, si l'on pensait devoir y recourir, il serait toujours bon de faire prendre préalablement un peu de seigle ergoté, de façon à se trouver à l'abri d'une continuation de l'inertie, une fois l'enfant dehors.

Si l'on reconnaissait comme cause un certain degré d'hydramnios, il suffirait de ponctionner l'œuf ; l'utérus désempli reprendrait du ressort, et le travail se régulariserait.

Si l'inertie était supposée tenir à un état de pléthore générale, ou à une pléthore locale, n'affectant que la matrice seule, la saignée du bras serait assurément le meilleur moyen à employer.

Enfin, si l'inertie tenait à l'apparition de crampes assez fortes et assez persistantes pour distraire l'utérus de son travail, il n'y aurait rien de mieux à faire que d'appliquer le forceps, sitôt que la dilatation du col le permettrait. La tête du fœtus extraite, les crampes cesseraient d'elle-mêmes et, avec elles, l'inertie utérine. Du reste, il est bon de savoir qu'en pareille circonstance, la femme est la première, tant elle souffre, à demander qu'on la délivre, n'importe comment.

On a vu des femmes prises d'inaction utérine, uniquement parce qu'elles n'urinaient pas et que leur vessie, trop distendue et douloureuse, distrayait la matrice de sa fonction du moment. Il va sans dire qu'alors le cathétérisme est le premier remède à appliquer, et que le seigle ergoté doit

être rejeté bien loin ; en effet, il augmenterait d'abord les angoisses, puis, ce qui serait bien plus fâcheux, il amènerait presque infailliblement la rupture de la vessie et, par suite, une péritonite mortelle.

Bien que la contraction utérine suffise seule, généralement, pour l'expulsion du fœtus, il n'en est pas moins vrai que la contraction des parois abdominales a son utilité, et qu'il n'est pas rare de voir le travail s'arrêter, uniquement parce que les muscles de ces parois, affaiblis par une hydropisie antérieure ou un grand nombre de grossesses, ne peuvent pas venir en aide à l'utérus, lui-même un peu faible. Eh bien, dans ce cas, on peut retirer un certain avantage d'un *ceintre* appliqué serré, qui fournira un point d'appui à la paroi ventrale et à la matrice en même temps. Toutefois, cela n'empêcherait pas, dès l'instant que ce dernier organe manque d'énergie, de faire prendre un peu de seigle ergoté, puisque c'est là, nous le verrons plus loin, le plus sûr moyen de réveiller la contractilité utérine.

Contractions irrégulières.

Dans certains cas, les contractions de l'utérus sont *irrégulières*, en ce sens qu'elles ne sont pas séparées par un calme bien franc, et que, dans les paroxysmes, elles sont d'une violence extrême. D'autres fois, elles ne sont que *partielles*, c'est-à-dire qu'un seul point de l'organe entre en action,

quand tout le reste demeure inerte ; et, cependant, elles ne sont pas moins douloureuses et agaçantes que si elles étaient générales. La femme est mise par elles dans une agitation extrême ; elle pleure, se désespère, est prise de délire et de convulsions ; et, pendant ce temps, le travail ne marche pas.

Les meilleurs moyens à opposer à un pareil état, sont : s'il y a pléthore, la saignée du bras, puis, un peu de laudanum en potion ou mieux en lavement ; — s'il y a tempérament nerveux, *pas de saignée*, mais un grand bain prolongé et encore de l'opium. Sous l'influence de 20 à 30 gouttes de laudanum, prises en un court espace de temps, les douleurs se calment, le sommeil arrive, et la femme se repose ; puis, surviennent des douleurs franches, régulières, générales, et l'accouchement reprend sa marche, pour se terminer heureusement. Avec le chloroforme ou le chloral, on réussirait souvent, du reste, aussi bien qu'avec l'opium.

Rigidité du col.

Chez les très-jeunes femmes vigoureuses et, plus particulièrement encore, chez les primipares âgées, le col de l'utérus, quoique sain, peut offrir une trop grande résistance à se laisser dilater. Si on le touche, on trouve son rebord *mince, sans chaleur* et *insensible*, et l'on ne tarde pas à s'apercevoir que, malgré de violentes contractions du

corps de l'organe, la dilatation s'arrête avant d'être complète et ne fait plus de progrès.

Mais, bien souvent aussi, chez des multipares âgées, particulièrement, qui portent depuis longtemps déjà un col long et épais, accompagnant un prolapsus très-sensible, cette rigidité du col tient à de vieilles cicatrices qui ont succédé à des ulcérations d'une nature quelconque. Il arrive même qu'on trouve, alors, le col plus ou moins oblitéré par agglutination de ses bords.

Traitement. — Comment combattre cette rigidité ?

Dès qu'on voit la dilatation du col s'arrêter à un certain degré, insuffisant pour l'engagement de la partie fœtale qui se présente, il faut bien s'assurer qu'il y a inextensibilité et non contracture spasmodique (car le traitement n'est pas le même dans les deux cas) ; et, s'il s'agit réellement d'une rigidité, essayer d'abord d'un bain tiède prolongé, le vagin étant tenu béant par une grosse canule élastique; — puis, si ce bain ne produit pas l'effet désiré, s'armer d'un bistouri boutonné, long et étroit, le conduire jusque sur l'orifice rigide, et, avec lui, débrider cet orifice dans diverses directions, surtout sur les côtés et en arrière. On ne donne guère à chaque incision qu'une étendue de 4 à 5 millimètres ; et, cependant, cela suffit largement pour compléter presque à l'instant même la dilatation. Dans bien des cas, l'accouchement se terminera ensuite spontanément ; mais, assez souvent aussi, les forces de la femme étant épuisées

quand on en vient au débridement, il faut terminer l'accouchement par le forceps. (P. Dubois, Depaul, Pajot.)

Comme il s'agit ici d'un défaut d'élasticité et non d'une rétraction spasmodique, on n'a à recourir évidemment, ni à la saignée ni à l'extrait de belladone, qui, dans le cas suivant, vont être, au contraire, les premiers moyens à employer.

Contracture du col.

Il arrive que le col, après être entré dans une voie de dilatation régulière, soit pris tout à coup d'un resserrement spasmodique qui ralentit le travail d'une manière fâcheuse. On distingue cette contracture de la rigidité simple, à ce que les bords de l'orifice, au lieu d'être minces, sans chaleur et insensibles au toucher, sont, au contraire, *assez épais, chauds* et *très-sensibles* à la pression du doigt. Ce dernier caractère, l'*excessive sensibilité,* suffirait même seul, disent quelques auteurs, à faire distinguer sûrement la contracture spasmodique du col utérin de sa simple inextensibilité, si l'on ne savait encore (Nægelé) qu'elle s'observe de préférence chez les femmes fortes et pléthoriques, ou très-nerveuses et très-irritables bien que lymphatiques ; et qu'elle s'accompagne généralement de *douleurs lombaires continues et violentes* qui n'existent pas dans le cas de rigidité simple.

Qu'opposer à cet accident?

Si la femme est forte et pléthorique, on la sai-

gnera, et, si cela ne suffit pas, on lui portera, sur le pourtour de l'orifice utérin, un peu d'extrait de belladone. Chaussier se servait, à cet effet, de la pommade suivante : axonge 30 grammes, extrait de belladone 8 grammes ; P. Dubois et Cazeaux, de l'extrait de belladonne pur. Si cet extrait est consistant, on en fait une petite boulette, de la grosseur d'un pois, qu'on fixe sous l'ongle de l'index et dont on va graisser le pourtour du col; l'humidité et la chaleur du vagin suffisent à liquéfier la boulette médicamenteuse (P. Dubois). — Si, au contraire, l'extrait est presque liquide, on en enduit un petit bourdonnet de charpie, qu'on saisit entre les extrémités de l'index et du médius, et avec lequel on va badigeonner toute la circonférence du col (Cazeaux). Or, nous donnerions volontiers la préférence à ce dernier procédé, comme permettant de porter plus sûrement où il le faut, et de maintenir plus longtemps en place une suffisante quantité du médicament.

Si la femme est nerveuse et irritable, sans rien qui rappelle la pléthore, soit générale, soit utérine, la saignée n'est plus indiquée; c'est aux grands bains tièdes prolongés, à l'opium en potion ou en lavement, et aux onctions belladonées sur le col qu'il faut avoir recours. Le chloroforme et le chloral ont pu rendre ici des services.

Mais il peut arriver que ces moyens échouent; alors, si l'on a lieu de craindre pour la vie de l'enfant ou pour la santé de la mère, il faut débrider l'orifice contracturé, comme on l'a fait dans le cas

de rigidité, et terminer bien vite l'accouchement par le forceps, si toutefois c'est la tête qui se présente.

Il arrive assez fréquemment que la tête ou le tronc de l'enfant (suivant que celui-ci naît par la tête ou par le siége) franchisse le col de l'utérus et que ce col se rétracte ensuite, juste pour saisir étroitement le cou de l'enfant et arrêter son expulsion. Si l'enfant vient par la tête, le cordon n'étant pas comprimé, on a du temps devant soi, et alors on peut essayer de l'opium à l'intérieur avant d'en venir au débridement multiple (qui est, ici, très-difficile à pratiquer. Mais, si l'enfant vient par les pieds, c'est un cas tout différent; *comme le cordon est nécessairement comprimé et que l'asphyxie est imminente*, il n'y a pas un seul instant à perdre; il faut porter de suite le bistouri boutonné sur le point le plus accessible de l'orifice rétracté et achever ensuite l'extraction du fœtus le plus rapidement possible avec les mains seules; car le forceps, ici, n'est pas applicable : les cuillers pinceraient infailliblement le segment inférieur de l'utérus avec la tête et le déchireraient.

Le chloroforme n'ayant pas d'action sur la contractilité de la matrice, à moins que d'être administré à dose dangereuse, on ne peut pas songer à lui, en pareil cas.

Résistance du périnée.

« Le périnée doit, au moment de l'accouchement, « se convertir en une gouttière allant se terminer

« à la vulve ; les plans nombreux et résistants qui « composent le plancher du bassin doivent céder « peu à peu devant la tête du fœtus qui les refoule « progressivement, jusqu'à ce que les voies soient « suffisamment élargies. Mais, dans certains cas, « le périnée semble doué d'une résistance si « grande que la descente de la tête ne fait aucun « progrès; l'utérus s'épuise en contractions inu- « tiles, et il faut que le médecin termine l'accou- « chement par une application du forceps. *De tous « les cas de dystocie, c'est sans contredit le plus fré- « quent, mais aussi le moins grave.* Le maniement « du forceps demande alors, cependant, certaines « précautions : ainsi, les tractions, loin d'être ra- « pides, doivent être faites avec une grande len- « teur, de manière à laisser aux tissus le temps de « se dilater; une traction trop brusque expose- « rait presque certainement à la rupture du péri- « née (1). » (Tarnier.)

Les grandes et petites lèvres, nous l'avons déjà dit, ne fournissent rien à l'ampliation de la vulve au moment du passage du fœtus ; c'est uniquement la partie antérieure du périnée, dont le rebord constitue, il est vrai, le tiers postérieur de la vulve, qui concourt à cette dilatation, et, par contre, s'il y a résistance, c'est de lui seul qu'elle vient. Quoi qu'il en soit, quand le périnée arrête la tête du

(1) Tarnier, *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire et des procédés opératoires relatifs à cette extraction.* Paris, 1860.

fœtus et retarde la terminaison de l'accouchement, il ne faut pas être trop lent à intervenir. Car, la tête séjournant trop longtemps dans l'excavation, après avoir franchi le col utérin, il y a danger pour la mère et pour l'enfant, — pour la mère, danger d'épuisement et de lésions traumatiques graves des parties molles intra-pelviennes, — pour l'enfant, danger d'asphyxie. Règle générale : il y a nécessité d'intervenir par le forceps : — 1° *quand*, — les membranes étant rompues, bien entendu, — *la tête se présente à la vulve depuis plus d'une heure, sans pouvoir la franchir ;* — 2° *quand*, — les membranes étant rompues toujours, — *la tête, bien que ne se présentant pas encore à la vulve, est tout entière dans l'excavation, depuis plus de 4 ou 5 heures*. Mais, l'instrument en place, on ne perd pas de vue le danger d'une rupture pour le périnée; on surveille très-attentivement le degré de distension de cette cloison importante, *pendant qu'on tire sur la tête avec une excessive lenteur et en prenant bien garde de faire porter le bord des cuillers du forceps sur le segment postérieur de l'anneau vulvaire ;* — on regarde et on touche ce segment à chaque instant pour voir s'il n'est pas sur le point de se déchirer ; — et, dès qu'il paraît fortement tendu et luisant, on n'hésite pas à pratiquer, à l'aide de bons ciseaux, les deux incisions *postéro-latérales* conseillées par P. Dubois et qui permettent bientôt à la tête de franchir la vulve.

Nous supposons que l'utérus se contracte franchement; ce n'est donc pas le cas de prescrire du

seigle ergoté qui, amenant des contractions tétaniques, ne manquerait pas de produire précisément ce que l'on a tant à cœur d'éviter, une vaste déchirure du périnée.

Les partisans fanatiques du chloroforme avaient pensé qu'il pourrait relâcher le périnée et par suite la vulve ; mais ils étaient dans l'erreur. Ce qui fait la résistance du périnée, ce ne sont pas tant les muscles qui entrent dans sa composition, que les trois plans aponévrotiques qui sont interposés entre ces muscles. Or, le chloroforme ne peut évidemment rien sur les aponévroses.

Obliquité antérieure et extrême de l'utérus.

Dans certains cas d'affaiblissement extrême de la paroi abdominale, ou de vice de conformation du bassin (étroitesse avec renversement en arrière), l'utérus devient, à la fin de la grossesse, tellement oblique en avant et en même temps à droite, qu'il est impossible de le redresser assez pour pouvoir atteindre le col du doigt. La tête du fœtus ne s'en engage pas moins, toutefois, dans l'excavation, dès le début du travail; mais, au lieu de porter sur l'orifice interne du col, elle refoule devant elle la portion de la matrice antérieure à cet orifice et l'amène quelquefois jusqu'à la vulve.

Que faire alors? Avec la main gauche, portée à plat sur l'hypogastre, redresser de son mieux le fond de la matrice, pendant qu'avec la pulpe de l'index droit, agissant sur le segment inférieur du

même organe, on cherche à attirer l'orifice utérin le plus possible vers le centre de l'excavation, pour ensuite l'y maintenir (toujours avec le doigt, mais appliqué, cette fois, sur la lèvre antérieure elle-même), jusqu'à ce que la dilatation soit assez avancée ; et, si l'on ne peut y réussir et qu'on voie la femme s'épuiser en vain, pratiquer l'*hystérotomie vaginale*.

Pour faire cette opération, on place la femme comme s'il s'agissait d'appliquer le forceps, on introduit dans le vagin un spéculum à quatre valves, et, à l'aide d'un bistouri légèrement convexe, on incise *transversalement*, dans une étendue de 5 à 6 centimètres au plus, la partie la plus reculée du segment de la matrice qui se présente dans le champ du speculum. Et si, par hasard, cette incision transversale ne suffit pas pour livrer un libre accès à la tête du fœtus, remplaçant le bistouri convexe par un bistouri boutonné, on débride largement la lèvre *postérieure* de l'ouverture déjà pratiquée : après cela, il n'y a plus qu'à abandonner le reste du travail à la nature, ou à appliquer le forceps.

Brièveté du cordon ombilical, naturelle ou accidentelle.

L'accouchement marche bien d'abord, le col se dilate complétement, la poche des eaux se rompt et la tête du fœtus descend dans l'excavation ; mais là, elle s'arrête : au moment des douleurs, surtout si la femme *pousse*, elle vient se montrer à la vulve qu'elle commence à entr'ouvrir ; mais, les contrac-

tions passées, elle remonte où elle était. Or, si ce phénomène se répète à plusieurs reprises, sans que la tête fasse de progrès, et si l'on voit clairement que l'obstacle n'est pas dans la résistance du périnée, on peut être à peu près certain d'avoir affaire, ou à un cas de rétraction spasmodique de l'orifice utérin sur le cou de l'enfant, ou à un cas de brièveté du cordon. Mais peu importe ; le traitement est le même. Si l'on penche pour une brièveté du cordon, *parce qu'il y a une douleur particulière au fond de l'utérus pendant les contractions,* il n'y a pas à s'inquiéter de savoir si le cordon est naturellement trop court, ou s'il ne l'est que parce qu'il fait plusieurs tours autour du cou ou du tronc de l'enfant; il faut seulement se dire que l'enfant et la mère courent du danger, — le premier, danger d'asphyxie, — la seconde, danger d'hémorrhagie ou d'épuisement, — et se hâter d'appliquer le forceps. Avec cet instrument, on amène la tête hors de la vulve ; et, alors, si le cordon est entortillé autour du cou, on le dégage ou on le coupe ; tandis que, s'il s'agit d'une brièveté naturelle, on attire le fœtus jusqu'à ce qu'on puisse toucher le cordon à son attache à l'ombilic et le trancher là d'un coup de ciseaux ; et, après cela, tout se passe comme dans l'accouchement le plus simple. Il faut seulement s'assurer, une fois l'enfant dehors, que la matrice n'a pas été introversée ; car, s'il en était ainsi, on engagerait la main jusqu'au fond de l'organe pour lui rendre sa forme.

Nous avons dit, ailleurs, ce qu'il fallait faire dans le cas de brièveté du cordon se dévoilant pendant la sortie de l'enfant par le siége (*V.* p. 219) ; nous n'y reviendrons pas.

La conduite à tenir serait à peu près la même, dans le cas où des jumeaux placés dans le même sac amniotique et ayant subi plusieurs évolutions sur eux-mêmes, auraient entraîné un entortillement plus ou moins serré de leurs cordons. Si, l'un des enfants dehors, on ne s'empressait pas de sectionner son cordon, et de diminuer par là la constriction de l'entortillement, le second enfant naîtrait assurément asphyxié et au point peut-être de ne pouvoir être rappelé à la vie.

Irrégularités de présentation de fœtus multiples et isolés.

Voici ce qu'on a observé dans ce genre :

1° Deux têtes de fœtus, nécessairement peu volumineuses, engagées ensemble au détroit supérieur (Allan et Smellie);

2° Les membres pelviens de l'un des fœtus, engagés à côté de la tête de l'autre fœtus (Lachapelle, Hœdrich, Carrière) ;

3° Un fœtus venu par les pieds et dégagé jusqu'au cou, mais arrêté là par la tête du second fœtus, qui est descendue trop tôt dans l'excavation, et s'est placée au-dessous de la tête du premier (Calise, Carrière, Hœdrich) (*fig.* 69) ;

4° Une tête arrivée facilement dans l'excavation,

mais arrêtée, alors, par le cou d'un second fœtus venant embrasser en travers le cou du premier (Jacquemier) (*fig.* 70, 71);

Fig. 69. — Cas observé par M. Carrière, médecin à Saint-Dié.

5° Plusieurs membres inférieurs, appartenant à des fœtus différents, engagés en paquet dans l'orifice utérin (Pleesman).

Dans le 1er cas, il faudrait essayer d'amener la tête la plus engagée par le forceps, et n'en venir à la crâniotomie que si les tractions restaient infructueuses. Il n'y aurait pas à songer à la version.

Dans le 2e et le 3e cas (le 3e n'est que le 2e exagéré), on devrait s'attacher, dès que la double présentation est reconnue, à maintenir réduits le membre ou les membres qui s'engagent pour favoriser la descente de l'enfant qui vient par la tête ; mais si les pieds tendaient toujours à faire proci-

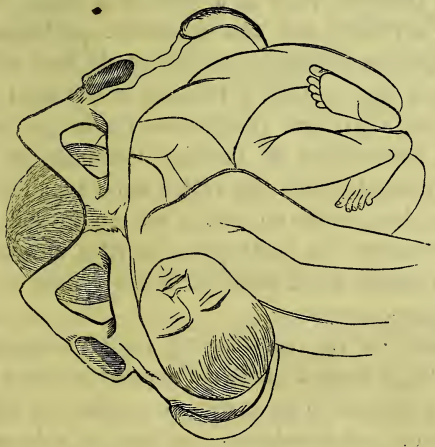


Fig. 70. — Cas observé par M. Jacquemier.

dence, dès que la dilatation du col le permettrait, on appliquerait bien vite le forceps sur la tête qui se présente à côté d'eux. *Ce serait sacrifier sûrement* (l'expérience est là pour le prouver) *l'enfant dont les pieds sont procidents, que de le laisser*

venir jusqu'à dégagement du tronc, avant d'appliquer le forceps sur la tête du second. Du reste, l'application de cet instrument serait alors rendue bien plus difficile; car, quelque soin qu'on prît de faire relever fortement le tronc du premier enfant sur le ventre de la mère, on n'arriverait jamais qu'avec beaucoup de peine à conduire et placer les cuillers où il convient. — Si l'on ne pouvait, enfin, y réussir, ou si, la tête saisie, on ne pouvait la faire descendre parce qu'elle est trop grosse, il ne resterait plus qu'à tirer le premier enfant jusqu'à rendre son cou accessible au toucher, à pratiquer sa décollation au moyen de forts ciseaux courbés sur le plat, à refouler la tête ainsi détachée, et à extraire rapidement l'autre par le forceps. L'extraction de l'enfant terminée, on irait à la recherche de la tête restée seule dans l'utérus.

Des deux fœtus engagés, c'est, on le voit, celui qui vient par les pieds qu'on sacrifie, et avec raison, puisque c'est celui sur la vie duquel on peut le moins compter.

Dans le 4e cas (cas observé par M. Jacquemier, *fig.* 70), il faudrait tenter d'amener la tête qui est dans l'excavation au moyen du forceps, en faisant, au besoin, de très-fortes tractions, et si le second fœtus, qui est en travers, ne s'effaçait pas et mettait un obstacle invincible à l'extraction du premier, on n'aurait plus qu'à écraser la tête de celui-ci par une application répétée du céphalotribe, pour dégager le passage et permettre à la main d'aller chercher les pieds de l'autre.

Dans le cas que nous avons représenté (*fig.* 71) comme possible, si de fortes tractions sur l'enfant dont le tronc est dehors restaient infructueuses, il

Fig. 71. — Cas possible, analogue au précédent.

n'y aurait qu'à pratiquer sur lui la décollation, et à pénétrer ensuite dans la matrice pour aller chercher l'autre par la version, — sans s'inquiéter de la tête du premier qu'on extrairait plus tard, par le forceps ou le céphalotribe.

Enfin, dans le 5e cas (plusieurs pieds appartenant à des fœtus différents), il faudrait tâcher de réduire les diverses parties qui se présentent, de manière à ne laisser engager qu'un seul enfant; mais lorsqu'on a réduit à deux les pieds engagés, est-il toujours facile de déterminer s'ils appar-

tiennent à un même fœtus? Non : on a beau, — dans le cas où on les reconnaît pied droit et pied gauche, — les juger d'un volume exactement semblable, on peut fort bien se tromper en définitive; et, dès lors, ce qu'il y a de plus sage, c'est de n'exercer de tractions que sur un seul membre, le plus engagé. Tant mieux si ce premier fœtus ne trouve pas d'obstacle à son extraction; l'accouchement, à moins qu'il ne reste encore deux enfants dans l'utérus, devient on ne peut plus simple.

« Pleesman, dans un cas, trouve l'orifice utérin « bouché par des parties engagées qui lui sem- « blent, au premier examen, des mains et des « pieds *en quantité*. Un toucher plus exact lui « fait distinguer quatre extrémités inférieures, « sorties jusqu'au jarret, et un bras. Il est alors « dans une grande perplexité : 1° parce qu'il ne « trouve aucune possibilité d'introduire sa main « dans la matrice pour aller chercher et distinguer « les deux pieds de chaque enfant; 2° parce que « tous ses efforts sont inutiles pour faire rentrer « même une des extrémités; 3° parce qu'en tirant « sur deux seulement, il peut très-bien confondre et « amener deux pieds appartenant chacun à un fœtus « différent; 4° parce qu'enfin, même en saisissant « deux pieds appartenant au même fœtus, il peut fort « bien, en tirant sur eux, entraîner les autres parties, « et augmenter les difficultés. Fort embarrassé et « pressé d'agir, il lui vient dans l'idée de se ser- « vir d'un moyen appliqué à la réduction des her- « nies et à celle des rétroversions utérines. Il fait

« suspendre la femme par les jarrets, la tête et « les épaules restant seules appuyées sur le lit, et « il essaye alors de repousser, avec les doigts, « dans la matrice, une ou plusieurs des extrémités « sorties; mais déjà deux étaient rentrées par le « fait seul de la position donnée à la mère, et les « trois autres, sous l'action de la main qui les « pousse, ne tardent pas à rentrer aussi. Aussitôt, « il peut introduire la main dans l'utérus, et en « retirer successivement trois enfants par la ver- « sion « podalique. » (Cazeaux.)

Mais, malheureusement, on est souvent appelé trop tard, et quand on arrive, on trouve les deux fœtus déjà profondément engagés. Or, s'ils le sont seulement jusqu'aux fesses, il n'y a plus lieu, évidemment, d'espérer la réduction, même de l'un d'eux; et, d'un autre côté, leur expulsion spontanée est tout à fait impossible. Cependant, les deux enfants et la mère elle-même courent de grands dangers. Il faut donc intervenir promptement; mais de quelle façon? — On relève fortement le tronc du fœtus antérieur sur le ventre de la mère, et, avec la main, on cherche à entraîner la tête du fœtus postérieur; et si, après quelques tentatives, on n'a obtenu aucun résultat avantageux, comme il n'y a plus à compter sur les contractions utérines, on a, de toute nécessité, recours au forceps. On fait maintenir le fœtus antérieur relevé, et on essaye de saisir avec l'instrument la tête de l'autre fœtus que, dans la majorité des cas, on peut extraire ainsi sans trop de difficulté. Mais

il peut se faire, néanmoins, que le forceps lui-même reste sans résultat; et, alors, il n'y a plus qu'un moyen extrême à employer, la décollation du fœtus *antérieur* et, après cela, le broiement de sa tête, si c'est nécessaire. Nous supposons le fœtus postérieur plein de vie; s'il était mort, quand l'antérieur est vivant, il va sans dire que ce serait le postérieur qu'on soumettrait à la décollation et à la crâniotomie. Mais rarement, il faut bien le dire, on sera obligé d'en venir à cette mutilation d'un des enfants (1).

Adhérences de fœtus.

Deux jumeaux peuvent être adhérents *par le cou, par le siége* ou *par le tronc.*

1er cas. *Adhérence par le cou.* — Quand les têtes s'engagent les premières, il peut arriver, si leur union n'est pas très-étroite, qu'elles descendent sans trop de difficulté l'une après l'autre, et que l'accouchement se fasse seul ou aidé d'une simple application de forceps sur la tête la plus déclive. Mais si l'adhérence s'étend jusqu'à la nuque et qu'elle soit serrée, après une expectation suffisante et après avoir essayé inutilement du forceps, on n'hésitera pas à pratiquer la crâniotomie et même, s'il le faut, la céphalotripsie. Mais quelle tête sacrifiera-t-on ? Autant que possible la plus éloignée, puisque

(1) Tarnier, *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire.* Paris, 1860.

c'est elle qui est le principal obstacle à l'extraction. Cependant, si l'on avait pu reconnaître l'existence de la monstruosité, il n'y aurait pas à ménager une tête plus que l'autre; on attirerait la plus déclive assez pour pouvoir la détacher à l'aide de quelques coups de ciseaux, et l'on extrairait ensuite la seconde, dût-on pour cela la broyer avec le céphalotribe.

Quand ce sont les pieds qui s'engagent les premiers, comme on ne sait pas d'abord s'il ne s'agit pas de deux fœtus isolés, on ne tire que sur un seul pied ; ce n'est que lorsqu'on sent qu'il y a un obstacle insurmontable à l'extraction du fœtus saisi, que l'on porte la main dans l'orifice utérin pour réunir tous les pieds et les amener ensemble á la vulve. Alors, on laisse faire la nature, qui, — chose remarquable! — se suffit dans la majorité des cas, parce que ces fœtus monstrueux sont rarement à terme et ont rarement de grosses têtes. Mais sitôt qu'on voit l'expulsion s'arrêter et qu'on reconnaît que les têtes sont enclavées dans l'excavation, on s'empresse de porter la main pour les dégager successivement. C'est la postérieure qu'on va chercher la première et qu'on amène au moyen de deux doigts introduits dans la bouche ; après cela, on dégage l'antérieure de la même façon. Si les doigts ne suffisaient pas, on userait du forceps, et, si le forceps était insuffisant, du céphalotribe. En ayant soin de relever fortement en avant, sur le ventre de la mère, les deux troncs des fœtus, on rend la tête postérieure plus déclive

et plus facile à saisir. Une fois qu'elle est dehors, pour peu qu'elle gêne, on la décolle; on n'a plus, en effet, aucun doute sur l'existence de la monstruosité, et, par conséquent, on n'a plus à ménager l'enfant; on n'a à s'occuper que du salut de la mère.

Quand, enfin, il y a présentation de l'épaule, on entreprend nécessairement la version; et, une fois les pieds engagés dans le vagin, le cas rentre absolument dans le précédent.

2e cas. *Adhérence par le siége.* — L'adhérence étant ordinairement lâche, on peut compter beaucoup sur la possibilité d'un accouchement spontané, soit que les fœtus viennent par la tête, soit qu'ils viennent par les pieds. M. Moreau, dans un cas de ce genre, n'a eu aucune difficulté à faire l'extraction. Les pieds se présentaient les premiers; la tête la plus petite se logea dans la concavité du sacrum, tandis que l'autre se trouvait derrière la symphyse pubienne, de sorte que la première s'est d'abord dégagée et a permis à la seconde de descendre à son tour. Mais, si les forces de la nature, aidées de tractions intelligentes, restaient sans résultat, il faudrait en venir à une opération. L'accoucheur, dans sa sagacité, déciderait quelle est celle à laquelle il devrait recourir de préférence (*fig.* 72).

3e cas. *Adhérence par le tronc.* — Il importerait peu de savoir si l'accolement des fœtus a lieu par les faces antérieures, par les faces postérieures, ou par les côtés de leurs troncs; ce qui serait utile,

ce serait de connaître l'étendue de l'adhérence, si les troncs sont accolés dans toute leur longueur, ou dans une partie seulement. Car, si l'adhérence

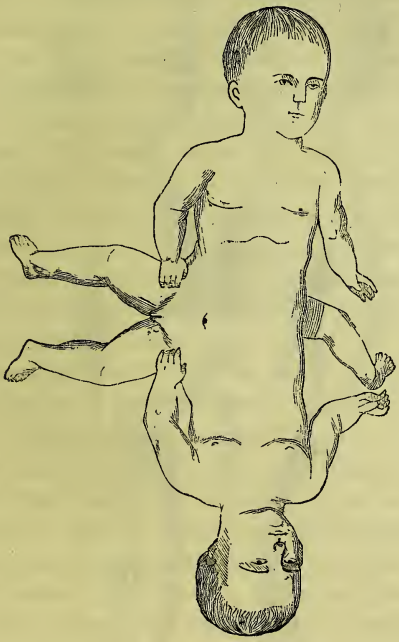


Fig. 72. — Monstre de La Châtre expulsé spontanément.

est très-étendue, il y aura évidemment de grandes difficultés à l'extraction des fœtus, leurs têtes se suivant de trop près dans l'excavation ; tandis que, si l'adhérence n'est que partielle, le cas rentrera presque dans celui de deux fœtus adhérant lâche-

ment ensemble, soit par le cou, soit par le pelvis. (*fig.* 73).

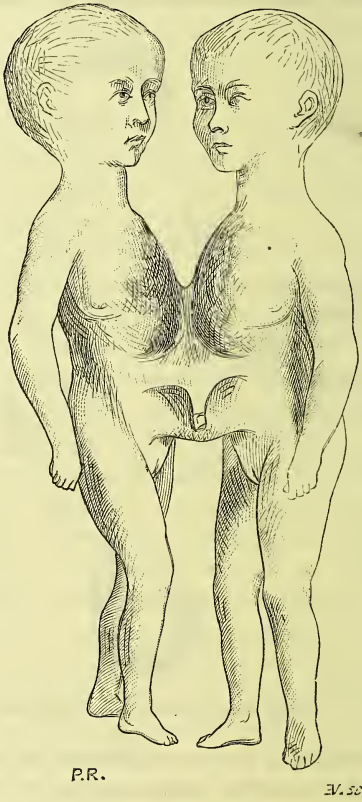


Fig. 73. — Monstruosité double (Krieger); les deux fœtus adhèrent lâchement ensemble par la peau du ventre.

En pareille occurrence, l'accoucheur se conduira,

du reste, comme dans les cas précédents. Il n'y a pas de règles à lui poser : il s'inspirera du moment, en voyant quelles sont les parties fœtales qui s'engagent, et comment elles s'engagent. Seulement, il ne perdra pas de vue ce grand principe formulé par P. Dubois : « que, dans les cas de monstruo-« sités qui rendent l'accouchement naturel impos-« sible, l'homme de l'art, que l'enfant, soit vivant « ou mort, doit diriger toutes ses manœuvres vers « le salut de la mère. » Il n'hésitera donc pas à pratiquer la crâniotomie, la céphalotripsie ou l'embryotomie, dès qu'elles lui paraîtront nécessaires pour le salut de la femme. — *Voir* l'observation publiée par M. le docteur Boursier (1), et celle publiée par M. Gosselin (2).

En résumé, dans le cas de fœtus adhérents, il faut attendre le plus longtemps possible, car la nature a d'immenses ressources (sur 150 cas, d'après Hohl et Playfair, 85 fois l'accouchement s'est fait seul, une tête se cachant dans le creux formé par le cou de l'autre) ; — puis essayer de simples manœuvres et du forceps, — et n'en venir à une opération destructive de l'un ou des deux fœtus que lorsque c'est absolument nécessaire ; à moins pourtant qu'on ne reconnaisse parfaitement de bonne heure le genre de monstruosité, auquel cas la mutilation des fœtus ne serait plus, suivant nous, l'*ultima ratio*. Dans tous les cas, on ne de-

(1) Boursier, *Gazette médicale*, t. XII, 1858, p. 295.
(2) Gosselin, *Archives de médecine*, t. XIV, 1847, p. 72.

vrait jamais songer, en semblable circonstance, à l'opération césarienne, si la céphalotripsie est praticable, puisque, comme nous l'avons dit, c'est la conservation de la mère que l'on doit vouloir avant tout.

Rupture de l'utérus.

Au moment de ses plus fortes contractions, l'utérus peut se rupturer, — soit dans son col même (ce qui n'est pas un accident qui gêne l'accouchement, au contraire, mais seulement dispose à une inflammation consécutive ou d'abord à une hémorrhagie primitive), — soit dans son corps. Quelquefois, dit-on, la déchirure s'est produite assez favorablement pour que le fœtus allât se loger dans le dédoublement de l'un des ligaments larges, et, par conséquent, en dehors du péritoine. Mais, ordinairement, c'est le fond même de l'organe qui se déchire, et alors le fœtus passe d'emblée dans la cavité péritonéale.

Cet accident, qui est d'une gravité extrême, ne s'observe guère que chez des multipares, à utérus affaibli par un grand nombre de grossesses. Nous n'en avons vu qu'un seul cas, et c'était chez une créole ayant eu déjà huit enfants coup sur coup. Évidemment, c'est la contraction utérine qui est cause *déterminante;* mais, pour que cette contraction produise un tel effet, il est nécessaire qu'elle trouve préexistante une disposition organique toute particulière, soit une dégénérescence cancéreuse,

soit un ramollissement ou inflammatoire ou atrophique du corps de la matrice. Il est bon, toutefois, que les jeunes praticiens aient bien présent à l'esprit que les mauvaises manœuvres, dans la version podalique, figurent au premier rang parmi les causes *traumatiques*, et que, conséquemment, ils ne sauraient apporter trop de prudence dans la pratique de cette opération.

Par quelque cause que se soit produit l'accident, voici à quels signes on le reconnaît : la femme éprouve, au moment même d'une contraction, une douleur atroce qui lui arrache un cri perçant; elle a la conscience d'un déchirement profond, et sent très-bien que son enfant vient de changer de place; puis, à cette douleur *angoissante* succède une sensation d'engourdissement, avec syncope. Une chaleur insolite se répand dans tout le ventre, et, si la déchirure est assez vaste pour avoir laissé passer le fœtus en entier dans le péritoine, toute contraction utérine cesse. — De son côté, le médecin reconnaît au *palper* que l'utérus a perdu sa forme ordinaire, sa rénitence et ses contractions, et que le fœtus n'est plus où il était; il sent celui-ci immédiatement sous la paroi abdominale. Au *toucher*, il s'aperçoit que la poche des eaux, qui bombait, a disparu, sans que, pourtant, il se soit écoulé de liquide par le vagin; que la partie du fœtus qui se présentait a disparu également, et que le col, dont la dilatation était assez avancée, s'est fermé de nouveau. Enfin, s'il peut porter la main entière dans la matrice, il la trouve vide, ou seulement

remplie d'une masse élastique, l'intestin grêle, qui a pris la place du fœtus.

Nous supposons là, évidemment, une rupture assez étendue pour avoir livré passage à l'œuf. Mais il peut arriver que la crevasse soit assez petite pour que l'enfant ne sorte pas de l'utérus, ou au moins n'en sorte qu'en partie; les eaux seules se sont échappées et se sont répandues dans le ventre : alors le diagnostic reste obscur, on ne peut que soupçonner l'accident, jusqu'à ce que l'autopsie vienne démontrer ce qui existe.

C'est qu'en effet la femme survit rarement à une pareille lésion; elle meurt, de suite, de syncope, ou, un peu plus tard, d'hémorrhagie interne, de péritonite ou d'étranglement intestinal. On l'a vue cependant guérir, après l'extraction de l'enfant et de ses annexes, soit par la voie ordinaire, soit par la gastrotomie. Rautenberg, Baeza et Kiwisch en citent chacun un exemple.

En présence d'une rupture de la matrice pendant le travail, la conduite de l'accoucheur est loin d'être toujours la même; elle est subordonnée au degré de dilatation du col et à la place qu'occupe le fœtus. — Si le col ne fait que commencer à se dilater et si le produit est encore tout entier dans l'utérus, il n'y a qu'à attendre que la main ou les branches du forceps puissent passer pour terminer l'accouchement par les voies génitales; mais presque toujours, malheureusement, la femme aura rendu le dernier soupir avant que le col soit suffisamment dilaté, et alors on n'aura plus qu'à pra-

tiquer la gastro-hystérotomie, sitôt la femme morte, pour tâcher d'avoir l'enfant vivant.

Si le fœtus est sorti de l'utérus en partie ou en totalité, et si le col n'est pas suffisamment dilaté pour livrer passage à la main ou au forceps, il n'y a pas à hésiter, il faut proposer de suite la *gastrotomie*, comme étant l'unique moyen de sauver l'enfant, et aussi la seule chance de salut offerte à la mère.

Mais il y a mieux à faire lorsque la dilatation du col est complète ou presque complète. On doit alors introduire immédiatement la main dans l'utérus, et chercher à saisir les pieds de l'enfant pour l'entraîner au dehors par les voies naturelles. Si, par hasard, il se trouvait étranglé dans la déchirure de la matrice revenue sur elle-même, il ne faudrait pas songer à un débridement par le bistouri, quoi qu'en dise Cazeaux; mais bien essayer tout simplement de dilater l'anneau constricteur par l'introduction successive des doigts. Enfin, si le fœtus était tout entier dans la cavité du péritoine, on devrait encore essayer d'aller jusque-là le saisir par les pieds pour le ramener dans l'utérus et l'extraire ensuite par les voies ordinaires (opération pratiquée avec succès par P. Dubois); et ce ne serait que dans le cas où cette manœuvre resterait sans résultat qu'on proposerait la gastrotomie. Si l'on tente la version, il faut agir rapidement; car le fond de la matrice revient vite sur lui-même, une fois le fœtus dans le péritoine, et dès lors tout délai serait une faute.

Le forceps ne trouverait son application que dans le cas où la tête de l'enfant serait restée, malgré la rupture, engagée dans le haut de l'excavation. Il est bien entendu que, pendant le placement des branches de l'instrument, on aurait grand soin de faire fixer le fœtus par les mains d'un aide, pour l'empêcher de fuir.

Quoi qu'il en soit, l'enfant extrait par n'importe quelle voie, on devrait aller chercher le délivre par la voie naturelle, et bien s'assurer, avant de retirer la main de la cavité utérine, qu'il n'y a pas d'anse intestinale pincée dans la déchirure.

Kiwisch cite un cas des plus intéressants de pincement de ce genre. Le fœtus avait été extrait par les voies naturelles; mais l'intestin grêle s'était introduit dans la déchirure utérine et s'y était étranglé. Il était survenu des symptômes d'iléus et un anus contre-nature s'en était suivi, se déversant dans l'utérus même. Pendant dix jours, les matières intestinales avaient passé par là. Mais, après, la fistule s'était fermée et le cours normal des matières fécales s'était rétabli. Ce serait folie que de compter sur un aussi heureux résultat, le cas échéant; aussi, après l'extraction du fœtus, au moindre signe d'iléus (douleur vive, nausées, défaillance, etc.), serait-il sage de réintroduire la main avec douceur dans la matrice, pour chercher l'anse intestinale dont on soupçonne l'étranglement et la repousser dans le ventre.

Nous verrons plus loin comment doit se faire l'opération césarienne.

Rupture du vagin.

La rupture du vagin peut bien se produire spontanément au moment où la tête, malgré des efforts considérables de la matrice, s'engage avec peine dans un détroit supérieur rétréci; alors, le col de l'utérus est attiré en haut par les fortes contractions du fond, et si bien que le vagin se déchire transversalement à sa jonction avec le col et parfois même s'en détache complétement. Mais elle est bien plus souvent encore le résultat d'une fausse manœuvre dans le premier temps de la version. Nous en avons observé un exemple remarquable dans le service de P. Dubois, en 1858, sur une femme qu'un médecin peu expérimenté avait tenté de délivrer par la version. La déchirure comprenait toute la moitié postérieure de la circonférence du vagin; elle n'avait pas moins de 8 centimètres d'étendue, et, cependant, elle a guéri sans se compliquer d'aucun autre accident, rien que par le repos au lit et des soins de propreté.

La seule indication, quand on assiste à une rupture de ce genre, est d'extraire le fœtus (par les voies génitales nécessairement), et de veiller ensuite à ne pas laisser de paquet intestinal engagé dans la plaie. Un repos absolu, une diète un peu sévère et quelques injections émollientes suffisent généralement, comme dans le cas que nous venons de citer, à amener une prompte guérison. Sous le rapport de la gravité, il n'y a donc nulle compa-

raison à établir entre la rupture du vagin et celle de l'utérus.

Il n'en serait pas de même si l'on assistait à une séparation complète ou presque complète du vagin d'avec le col de l'utérus. Les symptômes, le pronostic et le traitement seraient les mêmes ou à peu près que dans le cas de large rupture du col de l'utérus lui-même.

Il est bien rare qu'une primipare, qui vient d'accoucher d'un enfant un peu volumineux, ne présente pas de petites déchirures à l'entrée du vagin. Mais généralement elles n'intéressent que la muqueuse, et guérissent par de simples soins de propreté.

Il n'en est pas de même de celles qui, siégeant dans la région du clitoris et de l'urèthre, ont entamé le tissu caverneux de l'un ou de l'autre. Alors, il y a souvent hémorrhagie persistante, difficile à arrêter. L'eau froide ne suffit pas pour cela ; il faut des bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer dilué (autant d'eau que de perchlorure) et aidés du rapprochement des cuisses. Il est rarement nécessaire d'en venir au rapprochement des bords de la plaie par la suture entortillée, ou même à la ligature des artérioles ouvertes. Qu'on n'oublie pas, pourtant, que ce genre d'hémorrhagie que Schröder, pour sa seule part, a vu se produire 7 fois sur 286 accouchements, a quelquefois été mortelle. Poppel cite un cas où la mort a eu lieu très-rapidement; et Muller trois cas où la mort survint moins vite, par anémie : la déchirure cli-

toridienne ou uréthrale un peu profonde n'est donc pas un accident insignifiant.

Altérations ou maladies du fœtus qui peuvent s'opposer à l'accouchement spontané.

Nous ne parlerons que de l'emphysème, de l'hydrocéphalie, du spida bifida, de l'ascite, de la rétention d'urine et de l'hypertrophie des reins.

1° *Emphysème.* — Le fœtus ne peut guère devenir *emphysémateux* qu'une fois mort et en voie de putréfaction. M. Depaul a communiqué une observation intéressante d'un fœtus de ce genre à la Société médicale d'émulation, le 2 août 1845. Il avait reconnu l'altération à l'odeur fétide qui s'exhalait des parties génitales et à la sonorité de l'hypogastre, et réduit le volume de l'enfant en le déchirant sur plusieurs points et en l'écrasant au moyen du céphalotribe. — Si l'on tombait en présence d'un fait semblable, il faudrait ponctionner ou même inciser largement la partie fœtale qui se présenterait, quelle qu'elle fût, et faire ensuite l'application du céphalotribe, même sur le tronc, au besoin. Le but de l'opérateur étant alors, exclusivement, de sauver la mère, puisque l'enfant est mort, il ne peut y avoir qu'une seule indication à remplir, *réduire le volume de cet enfant pour pouvoir l'extraire.*

2° *Hydrocéphalie.* — Le col est dilaté, les membranes sont rompues, l'utérus se contracte franchement, la femme a le bassin bien conformé, elle

est forte et pousse bien, et néanmoins la tête, que l'on sent sous le doigt, ne franchit pas le détroit supérieur. Qui la retient donc? On pratique le toucher avec plus d'attention, on promène le doigt sur toute la surface ronde qui se présente, et l'on reconnaît que ce n'est pas une tête ordinaire; car, outre qu'elle n'est pas acuminée et qu'elle est, au contraire, presque plate, elle offre des espaces membraneux très-larges, sutures et fontanelles, qui se tendent pendant les douleurs pour se relâcher après, et qui laissent même percevoir quelquefois une sorte de fluctuation. En raison de ces derniers caractères, on pourrait croire, au premier abord, à la persistance de la poche des eaux, qui se comporte absolument de la même façon pendant et après les douleurs; mais on sait qu'elle est rompue, et, du reste, ce que l'on touche est plus solide qu'elle; à côté des espaces membraneux, on sent très-bien les surfaces osseuses rayonnées qui y aboutissent; et, ne les sentirait-on pas, qu'il y aurait encore un moyen de s'assurer que c'est bien le cuir chevelu à nu que l'on a sous le doigt, et non une poche des eaux *plate*. Il suffirait de râcler légèrement avec l'ongle la surface que l'on touche; si les membranes étaient intactes, l'ongle glisserait et ne soulèverait rien; si elles étaient rompues, au contraire, l'ongle soulèverait quelque chose comme de petits cheveux (Depaul); — et, d'ailleurs, s'il restait encore quelque doute, qui empêcherait d'appliquer le spéculum et de regarder?... Mais, enfin, le diagnostic une fois éta-

bli, l'hydrocéphalie bien constatée, quelle conduite devra tenir l'accoucheur? Attendre, d'abord, aussi longtemps que l'état de la femme le permet, pour être bien sûr de l'impuissance des contractions utérines à engager la tête dans l'excavation; mais, sitôt que cette impuissance paraît bien démontrée, ne pas hésiter à ponctionner le crâne au niveau de l'espace membraneux le plus facile à atteindre; l'eau évacuée, si la tête est déjà très-engagée dans le bassin, essayer de l'amener au moyen du forceps, et si, comme c'est plus que probable, cet instrument ne tient pas et glisse, pratiquer la crâniotomie et appliquer le céphalotribe, au besoin.

Si, au contraire, la tête est encore libre au-dessus du détroit supérieur, il faut glisser la main à côté d'elle et aller chercher les pieds, pour faire faire la bascule à l'enfant. La tête, vidée, venant la dernière, se laissera facilement attirer hors du bassin, parce que les tractions faites sur les membres inférieurs, puis sur le tronc, feront chevaucher ses os et l'allongeront; tandis que si on l'abandonnait sur le détroit supérieur pour la laisser venir la première, il n'est pas probable que les contractions utérines pussent suffire à l'engager dans l'excavation.

La première ponction doit être faite avec le bistouri et mieux le trocart à paracentèse, en prenant autant de précautions, pour ne pas léser le cerveau, que si l'enfant devait vivre. C'est que l'expérience démontre, en effet, que, dans quelques cas où

l'hydropisie n'était pas considérable, il a suffi d'évacuer une certaine quantité de l'eau contenue dans le crâne pour faire naître l'enfant et lui conserver même l'existence.

Mais que devrait-on faire, si le fœtus hydrocéphale, au lieu de se présenter par la tête, se présentait par les pieds? — Quand le tronc serait tout entier hors de la vulve, si l'on soupçonnait la nature de l'accident qui arrête là l'extraction (la perforation du crâne étant alors presque impraticable), ce qu'on aurait de mieux à faire, ce serait : — d'ouvrir le canal vertébral au niveau des premières vertèbres dorsales, — d'enlever un segment de sa paroi postérieure, — d'introduire par cette ouverture jusque dans le crâne une sonde de gomme élastique munie de son mandrin, — de provoquer par elle l'écoulement de la plus grande quantité de liquide possible, — et, la tête réduite d'autant, de tâcher de l'entraîner par de fortes tractions sur les membres inférieurs ; ce ne serait que si l'on n'y réussissait pas qu'on recourrait successivement : à l'ablation des deux épaules pour se donner de l'aisance, — à la perforation large du crâne par l'une des fontanelles latérales, — et à l'application du céphalotribe, deux ou trois fois coup sur coup.

3° *Spina bifida, avec hydrorachis.* — MM. Vinchon et Guibout (1) rapportent chacun un cas d'obstacle à l'accouchement spontané par *spina bifida.* Dans

(1) *Voy.* Tarnier, *loco cit.*

l'observation de M. Vinchon, il est dit que le fœtus se présentait par la tête; et dans celle de M. Guibout, par les pieds. M. Vinchon ponctionna la tumeur de son fœtus dès qu'il la reconnut sous le doigt, et l'accouchement se termina heureusement, pour la mère du moins, car l'enfant ne vécut que quinze heures. Quant à M. Guibout, il exerça de fortes tractions sur les pieds de son fœtus, et, dès qu'il put reconnaître la nature de la tumeur qui arrêtait le tronc dans l'excavation, il eut l'idée, aidé de M. Michon, de passer un lacs par-dessus le pédicule, et, par des efforts combinés, en tirant tout à la fois sur les deux jambes et sur les deux extrémités du lacs, nos deux habiles opérateurs réussirent à terminer l'accouchement. L'enfant vint mort; mais la femme se rétablit.

4° *Ascite.* — C'est certainement là une affection très-rare chez le fœtus. Les auteurs en citent pourtant quelques exemples. Si on la rencontrait comme obstacle à l'accouchement, il n'y aurait évidemment, pour toute indication, qu'à ponctionner l'abdomen dès qu'il serait possible de l'atteindre, après quoi l'expulsion ou l'extraction de l'enfant deviendraient faciles.

5° *Rétention d'urine.* — M. Depaul en a publié trois observations des plus intéressantes, et il y en a bien d'autres dans les auteurs (V. *fig.* 74) (1). Il n'y aurait encore, évidemment, en présence d'un fait de ce genre, qu'à ponctionner le bas-ventre du

(1) Depaul, *Gazette hebdomadaire,* 1860.

fœtus et à extraire ensuite celui-ci par des tractions bien entendues.

6° *Développement anormal des reins.* — Œs-

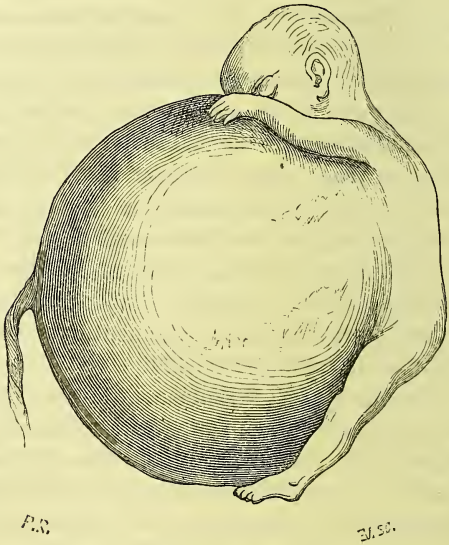


Fig. 74. — Distension énorme de la vessie du fœtus (Hecker).

terlen, Mansa, Horing, Gailleton, etc., ont observé (1), chez des fœtus, une hypertrophie des reins assez considérable pour mettre obstacle à l'accouchement. Comme il s'agissait d'une tumeur charnue, solide, et non d'une poche pleine de liquide, il fallut, après avoir essayé en vain de la

(1) *Voy.* S. Tarnier, *thèse citée.*

ponction, pratiquer l'*embryotomie* et tirer ces fœtus par morceaux. En pareil cas, il n'y aurait pas d'autre règle de conduite à suivre.

g. 75. — Tumeur enkystée qui ne gêna en rien l'expulsion du fœtus (Stoltz).

La figure 75 représente une tumeur enkystée, qui ne gêna point l'expulsion du fœtus et qui fut, un peu plus tard, ponctionnée et extirpée avec succès. — (Stoltz, Sédillot et Rigaud.)

Mauvaises présentations du fœtus.

1° *Position inclinée du sommet au détroit supérieur.* — La dilatation du col étant complète, la première chose à faire est de rompre les membranes et, sans perdre de temps, de chercher à ramener la tête en meilleure position, avec les doigts ou une des cuillers du forceps. Mais dès qu'on voit que cette manœuvre est infructueuse, il faut s'assurer que le bassin n'est pas rétréci, et, s'il ne l'est pas, procéder immédiatement à la version, — à moins qu'il n'y ait plus du tout d'eau dans la matrice et que la tête ne soit déjà engagée dans le haut de l'excavation, auquel cas le forceps devient indispensable. — Si, quand la tête est encore libre au détroit supérieur, on avait quelques raisons pour donner de prime-abord la préférence à l'instrument, on devrait, avant de l'appliquer, attendre au moins 5 ou 6 heures; car il n'est pas rare de voir la rectification de la position se faire par les seules forces de la nature, surtout si on leur vient en aide, en corrigeant d'une main l'obliquité de l'utérus, pendant que de l'autre on agit directement sur le sommet.

2° *Position occipito-postérieure du sommet dans l'excavation.* — Le temps de *descente* de la tête effectué, la *rotation intérieure* est venue à manquer, et l'occiput, dès lors, au lieu de s'engager sous l'arcade pubienne, s'est placé dans la concavité du sacrum. C'est une position défectueuse.

Sans doute, le plus souvent, l'accouchement ne s'en achèvera pas moins spontanément, l'occiput finissant par se dégager le premier en avant du périnée ; mais ce ne sera jamais que très-lentement, en faisant courir, par conséquent, de très-grands risques à l'enfant, en exposant la femme elle-même à un épuisement nerveux, et en menaçant le périnée, s'il est tant soit peu rigide, d'une déchirure étendue. Il est donc sage d'intervenir en pareille occurrence. Mais de quelle façon ? C'est une question que les maîtres de l'art se sont posée et à laquelle ils ont répondu diversement.

Baudelocque, Gardien Capuron, Velpeau, Moreau, Chailly, Hatin, ont dit qu'il fallait toujours dégager la tête en position occipito-postérieure, par le forceps nécessairement, et ne jamais tenter de ramener l'occiput sous la symphyse pubienne ; — Lachapelle, Ramsbotham, P. Dubois, Danyau, Cazeaux, Pajot, Verrier, Hyernaux, Villeneuve, — qu'il fallait dégager, *en règle générale*, l'occiput sur la fourchette, et, *exceptionnellement*, réduire la tête en position occipito-pubienne (et c'est là aussi notre avis, celui que nous n'avons cessé d'émettre dans nos quatre premières éditions) ; — enfin, Smellie, Depaul, Blot, Jacquemier, Tarnier, Joulin, — qu'il fallait tenter *toujours* la rotation artificielle de la tête, et ne dégager l'occiput en arrière, sur la fourchette, que dans les cas où cette rotation semblerait exiger des efforts trop énergiques. — Et dans un très-bon mémoire, lu à la Société de chirurgie à l'appui de sa candidature, M. Bailly,

professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, s'est rangé à cette dernière opinion. L'auteur a pris pour base une série de 9 observations, dont 4 tirées de sa propre pratique, dans lesquelles la rotation de la tête a été opérée facilement et d'une manière constamment heureuse pour l'enfant ; dans lesquelles aussi la gouttière périnéale, exempte de ces ruptures étendues, si fréquentes lorsqu'on dégage l'occiput en arrière, n'a présenté que ces lésions sans gravité que produit, en quelque sorte fatalement, l'accouchement le plus naturel chez la femme primipare ; et il a tiré de ces observations les conclusions suivantes :

1° L'absence du mouvement de rotation interne de la tête gêne ou même suspend la progression de celle-ci, et le dégagement naturel ou artificiel en position occipito-postérieure expose le périnée à des solutions de continuité étendues ;

2° La rotation artificielle du crâne, opérée au moyen du forceps, est une manœuvre généralement possible et même facile ; et l'on doit y recourir toutes les fois que, dans une position occipito-postérieure non réduite, la prolongation exagérée du travail rend la terminaison artificielle nécessaire ;

3° La rotation artificielle de la tête doit être précédée de l'abaissement direct et aussi complet que possible de celle-ci, jusqu'à toucher le plancher périnéal. Ce n'est qu'à cette condition que la manœuvre réussira et sera inoffensive pour la mère ;

4° La rotation complète du crâne et son dégagement peuvent être opérés par *une seule et même application du forceps*. Une double application de l'instrument fatigue inutilement la mère, et on doit autant que possible s'en abstenir ;

5° La crainte de léser grièvement les centres nerveux et le rachis de l'enfant, en transformant une position occipito-postérieure en occipito-pubienne, n'est fondée ni en théorie ni en fait. La mobilité articulaire du crâne sur le rachis et l'élasticité de ce dernier, chez le nouveau-né, permettent facilement à la tête de celui-ci, comme nous l'avons déjà dit en terminant nos prolégomènes, une rotation d'une demi-circonférence, sans qu'il y ait déchirure d'aucun ligament, ni même compression sensible de la moelle cervicale.

Seulement, pour n'avoir pas à pousser cette rotation au delà du demi-cercle, il serait utile de pouvoir déterminer, — ce qui n'est pas toujours facile, malheureusement, — de quel côté était l'occiput avant d'arriver dans la concavité du sacrum. Car, ce devrait être à le faire revenir sur ses pas qu'il faudrait tendre de préférence. Et l'on n'aurait plus même à hésiter sur le sens à donner à la rotation, si l'on reconnaissait bien positivement de quel côté se trouve le dos de l'enfant, au moment où l'on se dispose à appliquer le forceps. C'est vers le dos naturellement qu'on ramènerait l'occiput.

3° *Position occipito-transversale du sommet au détroit inférieur*. — La tête, se présentant en

deuxième position, n'a effectué qu'à moitié, une fois sur le plancher du bassin, son mouvement de rotation *intérieure* et est restée en travers au détroit inférieur. C'est encore une mauvaise position. Pour la corriger et amener l'occiput en avant, la femme étant placée comme pour la version, on peut essayer de faire tourner la tête, en glissant l'index et le médius d'une main sur la joue qui regarde en haut, les deux mêmes doigts de l'autre main derrière l'oreille du côté opposé, et faisant ensuite, de part et d'autre, un effort en sens contraire. Mais il vaut encore mieux agir à la façon de M. Pajot, c'est-à-dire glisser la main entière, dont la paume s'adapte le mieux à l'occiput, sous la joue inférieure, introduire l'index et le médius réunis dans la bouche, jusqu'à prendre avec eux un point d'appui sur la tubérosité du maxillaire qui regarde en haut, et, par un vigoureux mouvement de pronation de l'avant-bras, faire que l'occiput arrive sous l'arcade pubienne. — On n'aurait recours au petit forceps que si cette dernière manœuvre restait insuffisante.

4° *Positions occipito-pubienne ou occipito-sacrée directes, avec arrêt au détroit supérieur.* — Ici, c'est le forceps qu'il faut appliquer de toute néces-

é, — à moins pourtant que la tête ne soit encore mobilisable, auquel cas, s'il n'y a pas d'étroitesse marquée du bassin et s'il y a encore de l'eau dans l'utérus, la version est préférable.

5° *Positions mento-postérieure de la face, restant telle au détroit inférieur.* — La position *mento-*

postérieure, quand la face est encore au détroit supérieur ou même dans l'excavation, est toute naturelle ; c'est même la position de la face la plus fréquente de toutes. Elle ne nécessite donc aucune intervention. Il n'y a qu'à laisser faire la nature : la tête descendra peu à peu sur le plancher périnéal, et là, si rien ne s'y oppose, exécutera un mouvement de rotation qui amènera le menton à s'engager sous l'arcade pubienne. Alors, l'accouchement se terminera spontanément et de la manière la plus heureuse. — Mais, que cette rotation *intérieure* vienne par hasard à manquer, que le menton, au lieu de venir en avant, reste en arrière, tout est changé ; il n'y a plus guère à espérer que l'accouchement se termine seul. Il faut donc presque nécessairement intervenir, et intervenir, malheureusement, par une manœuvre qui expose toujours beaucoup la vie de l'enfant; nous voulons parler de l'application du forceps faite dans le but d'amener *rapidement* le menton en avant, où il aurait dû venir de lui-même.

Si l'on effectue cette manœuvre délicate au moyen du forceps ordinaire, il faudra deux applications successives de l'instrument, pour arriver à faire faire à la tête cette rotation d'un demi-cercle complet ; avec un petit forceps droit ou presque droit, au contraire, on y arrivera d'un seul coup. Évidemment, en agissant ainsi, on courra grand risque de tuer l'enfant par compression ou déchirure de la moelle cervicale ; mais, sans cette manœuvre, n'est-il pas plus sûrement encore sacrifié,

puisque l'accouchement ne peut guère se terminer spontanément? Il est donc rationnel de chercher à le dégager, comme nous venons de le dire; d'autant mieux qu'il est avéré que Deneux, Danyau, Pajot, H. Blot, Paul Dubois, etc., ont réussi à faire naître des enfants vivants par et malgré cette grande rotation rapide de la tête; et puis, enfin, ne faut-il pas délivrer la femme à tout prix?...

Toutefois, si l'on savait le fœtus encore plein de vie, quand on se décide à intervenir, et que le forceps ne fût pas trop difficile à mettre en place, il vaudrait peut-être mieux ne faire exécuter à la tête son grand mouvement de rotation qu'en deux temps, séparés par un intervalle d'au moins 10 minutes; de cette façon, on laisserait le temps au tronc de suivre le mouvement de torsion imprimé au cou, et on aurait bien plus de chances d'avoir l'enfant vivant, tout en n'exposant pas la mère à une fatigue beaucoup plus grande. Mais nous n'ajoutons pas, qu'on le remarque bien, qu'après le premier temps on pourrait abandonner le reste du travail à la nature. Non; il faudrait toujours, en raison de l'état d'épuisement de la femme et de la lenteur connue de tout accouchement par la face, achever d'extraire la tête par une deuxième application du forceps.

6° *Positions irrégulières du siége.* — Le siége, pour se bien présenter au détroit supérieur, doit être tourné de façon à ce que le sacrum ne regarde ni directement en avant, ni directement en arrière surtout. Pour que l'engagement et la descente

dans l'excavation se fassent sans difficulté, il faut que le sacrum regarde l'une ou l'autre des cavités cotyloïdes.

Mais même, quand il se présente bien, c'est-à-dire en position *sacro-cotyloïdienne*, le siége peut cependant ne pas s'engager franchement au détroit supérieur ; or, ce non-engagement tiendrait, selon le Dr Émile Bailly (1), à deux causes principales :

1° A une inertie de la matrice, toute spéciale au mode de présentation, inertie sur laquelle le professeur Depaul ne cesse d'appeler l'attention de ses élèves, et qui serait due peut-être uniquement à ce que la partie fœtale, par sa forme un peu irrégulière et son peu de consistance, ne presse pas assez sur le col pour que les contractions sympathiques du corps en soient réveillées et excitées suffisamment.

2° A la transmission peu franche sur le siége de l'effort utérin par la colonne vertébrale, le siége s'inclinant souvent une fesse très-haute, l'autre très-basse.

Sans doute les positions vicieuses, *sacro-pubienne* et *sacro-sacrée* directes, se redressent souvent d'elle-mêmes, si le siége réussit à s'engager ; celui-ci arrive sur le plancher périnéal en position normale.

Mais quelquefois aussi la position défectueuse

(1) *De quelques difficultés inhérentes à la présentation du siége et de l'emploi du crochet-mousse*, par M. Émile Bailly, agrégé libre de la Faculté de médecine, 1876.

persiste malgré l'engagement, et force est alors à l'accoucheur d'intervenir.

Si le siége est arrivé jusque sur le plancher périnéal, la main suffit le plus souvent pour mettre les hanches du fœtus dans une bonne direction et amener le dos vers l'une des cavités cotyloïdes.

Mais, quand le siége est encore au détroit supérieur et ne peut s'y engager, et même quand, ayant réussi à s'y engager, il remplit assez étroitement le haut de l'excavation pour que la main ne puisse plus aller saisir un pied, la manœuvre opératoire n'est plus du tout aussi simple :

1° Si le siége est arrêté au détroit supérieur, il faut aller avec la main chercher un pied, puis amener le reste comme nous le dirons en traitant de la version podalique;

2° Si le siége est engagé dans le bassin au point de ne plus pouvoir être refoulé au-dessus du détroit supérieur, la version n'étant plus praticable, c'est *avec le crochet-mousse du forceps*, — et non avec les doigts qui manquent de la force nécessaire pour cela, — qu'il faut aller tirer sur l'aine *antérieure*, sur l'aine qui regarde les pubis de la mère. Les doigts ne sont guère utiles que pour le dégagement du siége arrivé à la vulve.

« Il n'y a pas à hésiter, dit le Dr Bailly, sur le « membre à accrocher le premier ; ce doit être « toujours l'*antérieur ;* c'est l'aine *antérieure* au- « tour de laquelle il faut tout d'abord placer le « crochet, et non autour de la postérieure, comme

« on l'a écrit dans certains traités d'accouchements.

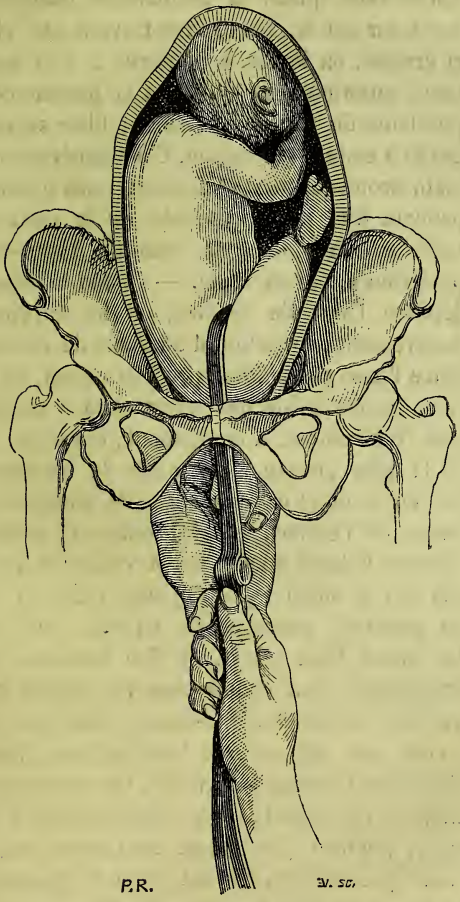


Fig. 76. — Emploi du crochet-mousse pour forcer le siége à s'engager régulièrement (Émile Bailly).

« Voici, du reste, comment il faudrait opérer : « après avoir placé la parturiente transversale- « ment sur son lit, l'instrument ayant été chauffé « et graissé, on le ferait pénétrer à plat entre la « paroi antérieure du bassin et la hanche corres- « pondante du fœtus, — la main libre servant de « guide à cette introduction. C'est généralement la « main droite qui tient le crochet, mais il peut ce- « pendant être plus commode de le tenir de la « main gauche, dans la position sacro-iliaque « postérieure, par exemple. — Quand le crochet a « dépassé l'aine de l'enfant, on lui imprime un « mouvement de rotation d'un quart de cercle qui « place l'anse perpendiculaire à la cuisse, et celle- « ci se trouve saisie dès qu'on vient à retirer un « peu l'instrument. A ce moment, toutefois, il est « de la plus grande importance de s'assurer, au « moyen du doigt conduit entre les membres infé- « rieurs de l'enfant, que le bouton du crochet a « dépassé le bord interne de la cuisse et ne porte « pas sur le sillon inguinal ; sans cela, en tirant « on pourrait enfoncer le triangle de Scarpa. « La cuisse bien saisie, on tire lentement, sans « brusquerie, pour ne pas léser les parties molles « de l'aine ou le fémur lui-même, ainsi qu'il arrive « à ceux qui règlent mal leurs efforts. Enfin, le « siége étant amené à la vulve, on enlève le cro- « chet, et, lui substituant le doigt indicateur d'une « main, portant l'indicateur de l'autre main sur « l'aine postérieure, on fait sortir le pelvis, puis « le tronc, et l'on s'occupe du dégagement des

« bras et de la tête, comme dans la version. » (*V.* Version).

En résumé, choisir le crochet demi-circulaire du forceps, l'introduire entre le bassin maternel et la cuisse antérieure du fœtus (et non pas entre les deux cuisses, pour le retourner en avant, comme certains auteurs l'ont conseillé), saisir cette cuisse et tirer lentement sur elle jusqu'à ce qu'on l'ait amenée à la vulve, telle paraît être au Dr Bailly la meilleure règle d'application de l'instrument, et celle qui suffira, assurément, à la presque totalité des cas.

7° *Présentation inopinée du tronc.* — La tête semblait se présenter franchement; puis tout à coup, voilà que c'est l'épaule qu'on sent sous le doigt au détroit supérieur. La tête a porté sur un des côtés du détroit, au lieu de porter au centre même, et si la matrice est lâche et oblique, comme elle l'est chez beaucoup de multipares, elle ne redresse pas le fœtus, par ses contractions, et tend, au contraire, à le pousser de plus en plus vers le côté opposé à l'obliquité utérine, jusqu'à ce qu'enfin la tête s'échappe sur la fosse iliaque. Dès lors, c'est une épaule qui se présente au détroit supérieur et qui y reste.

Dans le cas de jumeaux, il est assez fréquent que le deuxième enfant se présente par le côté du tronc, parce que l'utérus subitement désempli par la sortie du premier enfant, ne peut maintenir le second dans une bonne direction.

Et, quand, dans un cas de grossesse simple,

l'enfant est mort déjà depuis quelques jours, c'est encore bien souvent par l'épaule qu'il se présente au détroit supérieur, au moment du travail ; mais, cette fois, par une autre raison que tout à l'heure, tout bonnement parce que les tissus de l'enfant n'ayant plus de tonicité, les contractions utérines, si elles sont fortes, le plient en double et, s'il se présentait par la tête primitivement, font glisser celle-ci vers l'une ou l'autre des fosses iliaques.

En pareils cas, il n'y a pas deux règles de conduite : c'est à la *version podalique* qu'il faut nécessairement recourir, dès que la dilatation du col est suffisante. On pourrait cependant essayer, en attendant cette complète dilatation, de la *version céphalique*, qui réussit parfois, quoi qu'on en ait dit. Schröder soutient même qu'elle n'offre alors *aucune difficulté* et qu'elle réussit presque toujours. Mais, avec son savant annotateur, le Dr Charpentier, nous insistons pour qu'on donne la préférence à la version *podalique* plus prompte et plus sûre.

8° *Présentation du sommet ou de la face, avec procidence d'un bras.* — La tête, sommet ou face, se présente en bonne position au détroit supérieur ; on l'y croit seule ; mais la poche des eaux se rompt, et, à côté du sommet ou de la face, on sent une main en procidence. Qu'opposer à ce vice de présentation ? Quoique la main ou même le bras, en procidence à côté de la tête, n'apportent souvent aucune gêne à l'expulsion du fœtus, il est

prudent de faire quelques tentatives pour les refouler au-dessus du détroit supérieur ; car, si l'on y parvient, le cas devient des plus simples. Mais, dès qu'on voit la manœuvre inefficace, soit qu'on ne puisse refouler la partie procidente, soit que, l'ayant refoulée, on la sente retomber toujours à la même place, on prend le parti de livrer le travail à la nature qui, nous le répétons, achève souvent seule l'accouchement. Seulement, on surveille attentivement les progrès de l'expulsion spontanée et l'on se tient prêt à user du forceps au moindre arrêt. En appliquant cet instrument, du reste, on n'aurait à s'inquiéter de la main ou du bras que pour ne pas les saisir sous l'une des cuillers ; et, après tout, on les saisirait, qu'il n'en résulterait rien de bien fâcheux.

Peut-être, néanmoins, y aurait-il avantage à recourir de suite à la version, si la tête était reconnue encore mobile, quand on s'aperçoit de l'inutilité des manœuvres ayant pour but la réduction du membre procident. Il est certain que, dans deux cas de ce genre qu'elle cite, madame Lachapelle a préféré la version au forceps, instrument toujours fort difficile, on le sait, à appliquer au détroit supérieur (1).

Mais, quand la tête a eu le temps de s'engager sensiblement dans l'excavation à côté du bras, et quand, la poche des eaux étant crevée depuis long-

(1) Lachapelle, *Pratique des accouchements.* Paris, 1825.

temps, l'utérus est fortement revenu sur lui-même, il n'est plus possible de songer à la version: car elle est devenue impraticable ; et il n'y a plus qu'à recourir au forceps ou même au céphalotribe, si l'on veut délivrer la femme rapidement.

Bien que le forceps soit alors d'une application difficile à cause du bras qui est un obstacle au placement des cuillers de l'instrument, il faut en essayer et même avec insistance : car, s'il n'y a pas de rétrécissement du bassin, il peut donner un bon résultat. Les annales de l'obstétrique renferment beaucoup de faits à l'appui.

Mais, si les essais restent infructueux, si l'on ne peut arriver à placer convenablement les branches de l'instrument; si, ayant réussi à les mettre en place, des tractions énergiques n'amènent rien ; il faut se retourner vers la crâniotomie et la céphalotripsie. Il n'y aurait même pas besoin, pour en arriver à cette dure extrémité, d'avoir fait inutilement de pareilles tentatives, si l'auscultation du cœur fœtal ne faisait percevoir aucun battement, — si la main procidente restait inerte et insensible au chatouillement, — et si un liquide jaune fétide s'échappait par la vulve. A ces signes, on diagnostiquerait sûrement la mort de l'enfant, et on n'hésiterait plus à pratiquer la perforation du crâne. On laisserait s'écouler une certaine quantité de la matière cérébrale, et si l'accouchement, sous l'action du forceps, ne reprenait pas à marcher, on appliquerait bien vite le céphalotribe, avec lequel on délivrerait et sauverait même la mère,

ainsi que l'a fait M. Depaul (1) dans un cas des plus intéressants.

Dans une de ses leçons de clinique, cet habile professeur tirait de cette observation, et de quelques autres du même genre, les conclusions suivantes, toutes pratiques, à savoir :

1° Que la présence d'une main à la vulve ne doit jamais dispenser du toucher ; le toucher seul pouvant faire reconnaître si, au lieu d'une présentation de l'épaule, que l'on avait tout lieu de supposer, on n'a pas sous les yeux une présentation exceptionnelle de la tête avec procidence d'un bras ;

2° Que la procidence du bras dans une présentation de la tête constitue une complication grave ; parce qu'elle retarde le travail et rend presque toujours l'accouchement artificiel nécessaire, alors même qu'il n'y a pas le moindre degré de rétrécissement pelvien ;

3° Que cette complication, s'il n'y a pas de rétrécissement, ne s'oppose pas à l'extraction, par le forceps, d'un enfant vivant (les succès connus sont nombreux) ; mais que, toutes les fois que le bassin n'a pas exactement les dimensions normales, cette complication entraîne inévitablement la mort du fœtus, qu'on ne peut avoir qu'en lui broyant la tête.

9° *Présentation du sommet ou de la face, avec procidence des deux bras à la fois.* — Ici, nul doute

(1) Depaul, *Journal de méd. et de chir. prat.*, t. XXXVI, p. 204-206.

qu'il ne faille donner la préférence à la version, si elle est encore possible, et si l'on ne réussit pas à tenir refoulés les membres procidents : car, appliquer le forceps sur une tête engagée au détroit supérieur et flanquée, en outre, des deux bras procidents, doit être assurément une opération fort délicate et au moins aussi dangereuse que la version. Mais il peut arriver, évidemment, que l'application des fers soit obligatoire; alors, on n'oublie pas, avant de l'entreprendre, de prévenir les parents ou amis du danger qu'on va faire courir *forcément* à la mère et à l'enfant lui-même.

10° *Présentation du sommet ou de la face, avec procidence d'un pied.* — La procidence d'un pied à côté de la tête est une complication plus grave que les précédentes ; on devra donc, sitôt qu'elle aura été reconnue, chercher à réduire le pied, à le refouler au-dessus du détroit supérieur, et, si l'on ne peut y réussir, entreprendre immédiatement la version pelvienne. Quand la tête et le pied sont engagés dans l'excavation, au point de ne plus permettre la version, on tente une application de forceps, qui peut très-bien avoir le même succès que dans le cas de procidence d'un bras à côté du sommet ; mais, si elle échoue, il n'y a plus de ressource que dans le *céphalotribe*. C'est l'instrument auquel a eu recours de suite Cazeaux, dans un cas de présentation de la face avec procidence du pied gauche ; il est vrai qu'il y avait, avec cela, un rétrécissement du bassin à 8 centimètres.

Évidemment, on aurait à se conduire de la même

façon, si, à côté de la tête, se trouvaient procidents les deux pieds à la fois ou un pied et un bras. On tenterait immédiatement la version, en ayant soin de retenir le pied le plus procident par un lacs, et, si les parties étaient trop engagées dans l'excavation, après avoir essayé d'une application de forceps, on pratiquerait la *crâniotomie* et, au besoin, la *céphalotripsie*.

Vices de conformation et maladies de l'utérus, du vagin ou de la vulve.

Les *vices de conformation* de l'utérus, du vagin ou de la vulve peuvent être congénitaux ou acquis.

Plusieurs observations, entre autres celle publiée par M. Caffe, démontrent la possibilité de l'*imperforation du col* de la matrice, chez une femme arrivée au terme de sa grossesse; mais, alors, évidemment, ce vice de conformation n'a pu survenir que depuis l'époque de la conception, et cela, très-probablement, par suite d'inflammation ulcéreuse.

L'indication est précise : après avoir attendu assez pour être certain que l'agglutination ne se détruira pas d'elle-même, on pratiquera sans hésiter l'*hystérotomie vaginale*, c'est-à-dire qu'un speculum à 4 valves étant introduit jusqu'au fond du vagin, on portera un bistouri légèrement convexe sur le segment de l'utérus qui se présente dans le champ même du spéculum, pour y faire une incision *transversale* de 4 à 5 centimètres, —

de laquelle on en fera partir deux autres plus petites, l'une en avant, l'autre en arrière, après quoi on livrera le reste du travail à la nature ou on appliquera le forceps, suivant l'état de la femme. L'*hystérotomie vaginale,* bien faite, est une opération à peu près sans danger.

Dans un cas de ce genre, chez une de nos jeunes clientes, *primipare*, en 1865, il nous a suffi d'exercer une forte pression avec l'extrémité de l'index sur la partie centrale du segment inférieur de l'utérus, — celle qui nous paraissait correspondre à l'orifice interne *agglutiné*, — pour sentir se faire à l'instant même une ouverture, capable bientôt de livrer passage à la tête. On devrait donc, en pareille circonstance, essayer de cette pression au moyen du doigt, avant de recourir au bistouri.

Quelquefois, le col n'est pas complétement oblitéré ; il est un peu entr'ouvert, mais ses bords sont indurés par du tissu cicatriciel et résistent aux efforts qui tendent à le dilater. Dans ce cas, il n'y a qu'à pratiquer *quelques petites incisions,* de 1 à 2 centimètres chacune, dans diverses directions, mais *surtout par. côté et en arrière*, pour livrer passage au fœtus ou permettre de l'extraire avec le forceps. C'est à l'aide d'un bistouri boutonné, conduit avec soin sur le doigt indicateur, qu'on fait ce débridement multiple.

M. Parise, professeur de clinique externe à l'école de Lille (1), a communiqué à l'Académie de

(1) Parise, *Sur une nouvelle cause de dystocie, la gros-*

médecine l'observation d'une femme pour laquelle M. Depaul fut appelé en consultation et qui, accouchant pour la 2e fois, a présenté, comme cause encore inédite de dystocie, l'existence d'une cloison divisant inférieurement l'utérus en deux cavités. La tête de l'enfant était d'un côté, les pieds de l'autre, le tronc à cheval sur le bord supérieur de la cloison. — Selon M. Parise, il ne faudrait voir, dans ce cas singulier, qu'un exemple de grossesse utéro-interstitielle, dans laquelle le produit de la conception a pu sans inconvénient pour lui, se développer à la fois dans l'utérus et dans l'épaisseur de ses parois.

Si l'on rencontrait un nouveau fait de ce genre, l'anomalie bien reconnue par le toucher, il faudrait imiter la conduite de M. Depaul : porter une main à l'entrée de l'utérus, — la gauche, si la portion de l'organe formant tumeur était à gauche, — la droite, dans le cas contraire, — et, après avoir accroché et abaissé avec les doigts le bord supérieur de la cloison, conduire, de l'autre main, la lame d'un long bistouri boutonné sur l'obstacle, et l'inciser de haut en bas ; après quoi l'accouchement s'achèverait tout naturellement, ou par une intervention des plus simples, forceps ou version.

Dans le cas d'*utérus unicorne*, l'accouchement ne présenterait, très-probablement, rien de parti-

sesse interstitielle : Rapport de M. Devilliers (*Bull. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1864-65, t. XXX, p. 1220).

culier ; et, de même, dans le cas d'*utérus double*, une seule moitié étant gravide. Mais il en serait tout autrement si les deux moitiés d'un utérus *double* contenaient chacune un fœtus (1). Au moment de l'accouchement, il serait possible qu'une moitié de l'organe expulsât son fœtus, et que l'autre moitié retînt tranquillement le sien, pour un temps plus ou moins long, de quelques semaines à deux ou trois mois. Cela s'est vu. Et même, lorsque l'accouchement se ferait des deux moitiés en même temps, il ne faudrait pas s'étonner de voir ces deux moitiés ne pas se contracter ensemble, et, au contraire, alterner dans leurs contractions et leurs repos. Toutefois, l'accouchement ne s'en ferait pas moins bien ; mais, après, au moment de la délivrance (il y a des faits à l'appui), on aurait à redouter des hémorrhagies, précisément parce que, les deux utérus ne se rétractant pas ensemble, le point d'insertion d'un placenta resterait lâche, avec ses sinus béants, quand le point d'insertion de l'autre placenta serait contracté, et alternativement.

Ailleurs, c'est le vagin qui, — congénitalement trop étroit, ou bien rétréci par des brides cicatricielles, après inflammation ulcérative, — s'op-

(1) *Voy.* Tarnier, *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus*, etc., p. 171. Observ. du docteur Geiss, *Utérus bicorne avec un fœtus dans chaque loge*. Le travail fut lent, et la version dut être pratiquée pour l'extraction de l'un et de l'autre enfant, qui se présentaient tous deux par l'épaule.

pose à l'expulsion du fœtus (*V.* les observations de MM. Stoltz et Lombard (1). Il n'y aurait encore

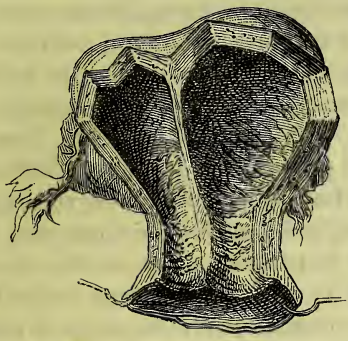


Fig. 77. — Utérus puerpéral double (Obs. de Cruveilhier). Le côté gauche plus volumineux était le siége de l'œuf. Le droit ne contenait rien.

ici, — après avoir attendu suffisamment pour être bien sûr de l'impuissance des contractions utérines, — qu'à *débrider le vagin de côté et d'autre* avec un bistouri à pointe mousse, comme l'a fait M. Stoltz.

Les auteurs citent des cas où l'hymen, ayant résisté aux approches conjugales, sans pourtant empêcher la fécondation, a été trouvé intact au moment de l'accouchement. On peut encore, ici, livrer le travail à lui-même un certain temps; mais si l'on voit la membrane arrêter réellement le fœtus, on s'empresse de l'*inciser de haut en bas*

(1) S. Tarnier, thèse Paris, 1860, p. 67-68

avec un bistouri boutonné, ou des ciseaux coudés sur le côté et à pointe mousse.

Enfin, on a vu la vulve elle-même résister à la distension, par suite de rigidité anormale du bord antérieur du périnée. Ce qu'il convient de faire, en pareil cas, est bien simple : dès qu'on voit la partie fœtale qui se présente, s'arrêter derrière la vulve, sans pouvoir la franchir, il faut ne pas hésiter à pratiquer les incisions postéro-latérales de M. P. Dubois, qui ouvriront la voie et mettront, d'ailleurs, la femme à l'abri d'une vaste déchirure médiane du périnée, — et, si cela ne suffit pas, saisir le fœtus, avec le forceps si c'est la tête qui vient la première, avec les mains si c'est le pelvis, et l'entraîner, mais *avec toute la lenteur possible.*

Quant aux vices de conformation consistant dans l'ouverture du vagin soit dans le rectum, soit dans la vessie, soit sur l'abdomen au-dessus des pubis, et qui ont permis quelquefois la fécondation, ils sont trop exceptionnels pour que nous nous en occupions. Nous nous contenterons de renvoyer à l'article Dystocie du *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, où l'on verra que, dans les cas cités, l'accouchement se termina généralement par les seules forces de la nature, aidée tout au plus d'incisions peu dangereuses et de quelques tractions avec le forceps.

Nous avons eu l'occasion d'examiner, en 1858, à Paris, dans le service de notre ami si regretté, le docteur Michon, à l'hôpital de la Pitié, une femme

qui portait un vagin double et chez laquelle deux accouchements à terme n'avaient pas rompu la cloison. Celle-ci s'étendait, pourtant, à toute la longueur du conduit; par le toucher, on reconnaissait très-bien qu'elle ne s'arrêtait en haut que tout près du col; et l'on reconnaissait aussi que ce dernier organe n'avait qu'un orifice et dès lors qu'une seule cavité; mais en était-il de même du corps de la matrice?...

Les *maladies qui peuvent atteindre les ovaires, l'utérus, le vagin, ou la vulve, et mettre obstacle à la parturition spontanée*, appartiennent toutes au genre *tumeurs*. Ce sont des corps fibreux, des squirrhes, des polypes, des kystes, des phlegmons, des œdèmes ou des extravasations sanguines.

Les tumeurs de l'*ovaire*, si elles n'ont pas causé l'avortement, ce qui est très-fréquent, deviennent en général un obstacle sérieux à l'accouchement. Il faut les réduire à ce moment-là, si c'est possible, c'est-à-dire les reporter et les maintenir sur les fosses iliaques, en dehors du détroit; si non, les ponctionner, si ce sont des kystes; et si ce sont des tumeurs solides, irréductibles, recourir à l'opération césarienne avant que la femme se soit épuisée en efforts inutiles.

Dans son étude si intéressante des kystes ovariques compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, — étude publiée à Strasbourg, en 1868, sous les auspices de M. Stolz, — le Dr Doumairon est arrivé aux conclusions suivantes,

qui sont basées sur 41 observations soigneusement faites :

1° Les kystes ovariques, occupant un seul côté, n'empêchent pas la conception ;

2° La grossesse peut continuer son cours et arriver à terme : néanmoins, il y a fréquemment des déviations de l'utérus, des troubles fonctionnels du côté de la vessie et du rectum, et, par suite, des avortements ;

3° L'accouchement est ordinairement heureux ; mais d'autres fois les kystes ovariques deviennent causes de dystocies sérieuses ;

4° Ces kystes peuvent croître même pendant la grossesse ; cependant, il en est qui subissent à cette époque un véritable temps d'arrêt ;

5° Ceux qui sont logés dans l'excavation et qui y sont fortement adhérents, sont les plus fâcheux ;

6° L'ovariotomie pratiquée pendant la grossesse, soit par erreur, soit avec intention, n'est pas nécessairement mortelle et n'arrête pas non plus, toujours, le cours de la grossesse ;

7° Pendant l'accouchement, l'expectation est ordinairement la conduite à tenir ; mais d'autres fois, l'intervention de l'art est nécessaire ;

8° Les tumeurs mobiles et peu volumineuses doivent être refoulées au-dessus du détroit supérieur ;

9° La ponction est indiquée quand les kystes sont adhérents et contiennent des matières susceptibles de s'écouler ;

10° L'application du forceps et la version sont bien souvent insuffisantes pour terminer le travail;

11° La provocation de l'avortement ou celle de l'accouchement prématuré trouveront rarement leur application;

12° La crâniotomie et l'embryotomie peuvent devenir nécessaires en cas de tumeurs solides remplissant toute l'excavation et immobiles, ne se laissant pas réduire : si le fœtus est mort, leur indication devient positive ; mais s'il est vivant et viable, c'est l'opération césarienne qui est indiquée (1).

Dans une thèse publiée sur le même sujet, en 1872, M. le Dr Treille est arrivé aux mêmes conclusions.

Si l'on reconnaissait, au moment du travail, que le col de la matrice porte une *tumeur squirrheuse* ou *fibreuse*, gênant sa dilatation, il faudrait laisser faire la nature tant que l'état de la femme ne péricliterait pas : car on a vu, dans certains cas de ce genre, l'orifice utérin se dilater seul au moment où l'on s'y attendait le moins ; mais, si l'accouchement ne marchait pas, on pratiquerait 2 ou 3 incisions sur la partie saine de l'orifice, incisions qui permettraient d'aller chercher l'enfant par la version ou le forceps. Dans une circonstance où un corps fibreux, développé dans la lèvre postérieure du col, mettait obstacle à l'accouchement, même par le forceps, Danyau (2) a pu, après une inci-

(1) Voy. le *Manuel d'accouchement* de Schrœder, note du traducteur, p. 450-451.

(2) *Voy.* S. Tarnier, mémoire cité, p. 88.

sion longitudinale sur la face antérieure de la tumeur, énucléer celle-ci, qui ne pesait pas moins de 650 grammes, et terminer ensuite l'accouchement. — Un autre accoucheur, dans un cas à peu près pareil, a pu réussir à repousser et à maintenir ensuite la tumeur au-dessus du détroit supérieur, pendant que la tête du fœtus s'engageait dans l'excavation. — Ce sont là différentes règles de conduite à suivre à l'occasion.

Les indications seraient absolument les mêmes s'il s'agissait de *polype* du col, au lieu de *corps fibreux* ou *squirrheux;* c'est-à-dire qu'on attendrait d'abord patiemment, pour être certain que l'accouchement ne peut pas être spontané, et que ce n'est qu'après avoir acquis cette certitude qu'on en viendrait aux incisions multiples, au forceps, à l'enlèvement de la tumeur ou à la crâniotomie ; — et si le forceps, aidé de la perforation du crâne, ne devait pas suffire, à cause du volume énorme de la tumeur et de l'impossibilité d'une ablation, on n'aurait plus qu'à choisir entre la céphalotripsie, l'embryotomie et l'opération césarienne.

Mais si l'on croyait reconnaître dans la tumeur du col un kyste, il est évident que ce serait à une ponction ou à une incision de celui-ci qu'on devrait recourir tout d'abord, quitte à en venir aux moyens indiqués plus haut, si l'on s'était trompé, c'est-à-dire si la tumeur était solide.

Quant à l'œdème et au thrombus dont la lèvre antérieure du col devient parfois le siége, ils

n'exigent que quelques scarifications, et encore seulement dans le cas où ils sont assez considérables pour gêner réellement l'engagement de la tête du fœtus.

Le vagin peut offrir, comme obstacles à l'accouchement, soit un œdème, soit un thrombus, soit un abcès ou un kyste, soit un polype ou une tumeur cancéreuse.

Si c'est un *œdème,* on le laboure de quelques scarifications, pour qu'il ne se forme pas, à mesure que la tête de l'enfant s'engage, ce refoulement en bas de la muqueuse que de la Motte (1) a désigné sous le nom de *phimosis du vagin* et qui serait facilement frappé de gangrène.

Si c'est un *thrombus*, on tâche d'extraire le fœtus le plus rapidement possible, avant que la tumeur ait pris un volume énorme. Car, alors, on ne pourrait terminer l'accouchement par le forceps ou la version, qu'après avoir incisé largement le foyer sanguin et l'avoir vidé complétement, comme nous l'avons fait dans deux circonstances.

Si c'est un abcès, on l'incise, et, le pus évacué, le cas devient simple.

Si c'est un polype, on cherche à reconnaître quel est son volume et son mode d'attache. S'il est peu volumineux, on ne s'en occupe pas, le travail marchera malgré lui ; mais s'il est, au contraire,

(1) De la Motte, *Traité complet de l'art des accouchements*, Paris, 1765.

assez gros pour s'opposer au passage du fœtus, il faut le réséquer de suite, ne serait-ce qu'en partie, pour pouvoir, après, terminer l'accouchement d'une façon quelconque. Bien que d'un volume médiocre, si le polype était pédiculé et facile à détacher, il ne faudrait pas hésiter à l'enlever immédiatement.

Enfin, si c'est un cancer, il faut attendre, et quand il est manifeste que les efforts de la nature resteront insuffisants, recourir au forceps ou même au céphalotribe, avant de songer à l'opération césarienne, *qui doit toujours être la dernière ressource.*

Les *tumeurs de la vulve* mettent rarement un obstacle sérieux au passage du fœtus. Si cela arrivait, on se déciderait à l'ablation ou à la simple incision de la tumeur, suivant qu'elle serait solide ou liquide. Dans cette dernière catégorie se trouve le thrombus de la grande lèvre ; s'il gêne l'accouchement, on l'incise, le sang coule et la tête du fœtus se dégage ; tarde-t-elle à se dégager, on l'extrait de force.

Nous n'avons rien dit encore des *tumeurs de la vessie*, et cependant quelques accoucheurs ont signalé le squirrhe de cet organe, et plus particulièrement des calculs urinaires de gros volume, comme ayant, dans quelques cas, entravé l'accouchement. — Si l'on avait affaire à un squirrhe, on devrait se comporter comme lorsqu'il s'agit d'une tumeur de ce genre siégeant au col de l'utérus (*V.* plus haut); mais si l'on était en présence d'un

calcul volumineux, il y aurait autre chose à faire. On devrait d'abord essayer, s'il en était encore temps, de refouler le corps étranger au-dessus du détroit supérieur ; — puis, si cela n'était plus possible, parce que la partie fœtale qui descend la première est déjà trop engagée dans l'excavation, on chercherait à attirer sous l'arcade pubienne le bas-fond de la vessie avec le calcul qu'il contient ; — et enfin, si, même à cette place, ce calcul arrêtait l'évolution fœtale, on l'extrairait par une incision directe du bas-fond de la vessie, comme l'a fait une fois M. Monod *avec un succès complet ;* la pierre extraite de cette façon par cet habile chirurgien pesait 86 grammes.

Vices de conformation du bassin avec rétrécissement.

Le bassin peut être rétréci dans tous ses diamètres à la fois (étroitesse absolue), ou dans un ou deux de ses diamètres seulement (étroitesse relative).

Étroitesse absolue. — C'est un véritable arrêt de développement ; la femme a un bassin régulier dans sa forme, mais un bassin aussi petit que celui d'une jeune fille de 10 à 12 ans.

Ce vice est rare ; cependant, dans la seule collection de Nægelé, on compte 4 bassins de ce genre, où tous les diamètres sont au-dessous de la normale de 2 centimètres 1/2, et qui ont tous nécessité ou l'opération césarienne ou au moins la céphalotripsie (*fig.* 78).

Le pronostic de ce genre de rétrécissement est donc très-grave.

Quant aux indications chirurgicales, elles sont

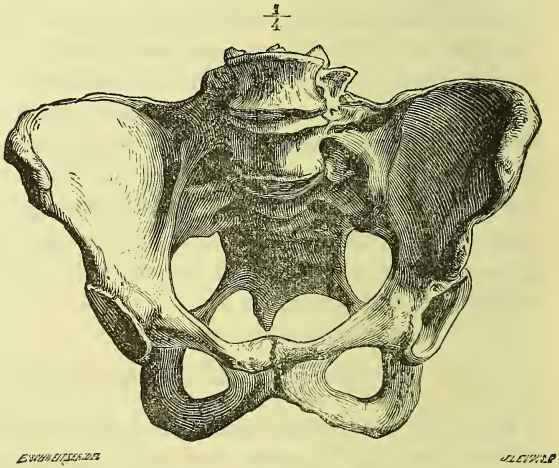


Fig. 78. — Bassin généralement trop petit (*jusso minor*) ayant nécessité la céphalotripsie.

les mêmes que pour l'étroitesse relative portée au même degré ; nous les examinerons tout à l'heure.

Le *diagnostic* de cette espèce d'étroitesse ne peut être solidement établi que par la mensuration. A première vue, on peut à peine la soupçonner, attendu qu'on ne la rencontre pas seulement chez des naines, mais bien aussi, et plus souvent même, chez des femmes de taille élevée ou pour le moins ordinaire. Ainsi, des quatre bassins que

possède Nægelé (1), un seul provient d'une naine; les trois autres ont appartenu à des femmes de haute taille.

Pour reconnaître, *à la mensuration*, un pareil bassin, il faut se rappeler les diamètres normaux des détroits supérieur et inférieur, et savoir aussi que, sur un bassin bien conformé, l'épaisseur du sacrum, au niveau du promontoire, est de 6 centimètres 1/2 ; l'épaisseur de la symphyse pubienne, de 1 centimètre 1/2 ; la distance entre le sommet de la première apophyse épineuse du sacrum et la face antérieure de la symphyse des pubis, de 19 centimètres; et la distance entre les deux crêtes iliaques, à leur milieu, où elles sont le plus déjetées, de 27 à 28 centimètres. D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre, il n'y a que 24 centimètres.

Bientôt, nous verrons comment doit se faire la mensuration d'un bassin.

Étroitesse relative. — Il y a dans ce genre quatre types principaux, qui sont : le rétrécissement antéro-postérieur (*bassin plat*) ; le rétrécissement oblique ; le rétrécissement transversal ; et le rétrécissement dans plusieurs sens à la fois. — Pour les variétés, voir le tableau de M. Pajot (2).

Le type le plus commun de ce genre de rétré-

(1) Nægelé, *Des principaux vices de conformation du bassin et spécialement du rétrécissement oblique*, trad. par A. Danyau, Paris, 1840.

(2) Pajot, *Classification des vices de conformation du bassin, chez la femme*, in Nægelé, *Traité pratique de l'art des accouchements*. Paris, 1869, p. 492.

cissement est, sans contredit, l'aplatissement d'avant en arrière au niveau du détroit supérieur, autrement dit, le rétrécissement *avec saillie prononcée de l'angle sacro-vertébral* (ce qu'on ap-

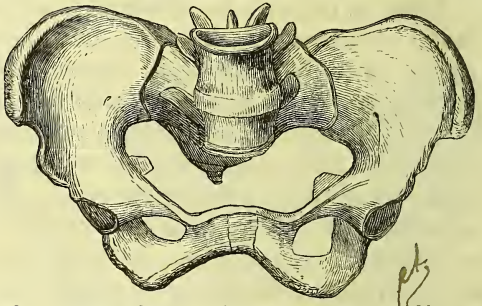


Fig. 79. — Bassin plat; les diamètres transversaux obliques sont normaux, mais le sacro-pubien est rétréci par le promontoire qui est trop saillant.

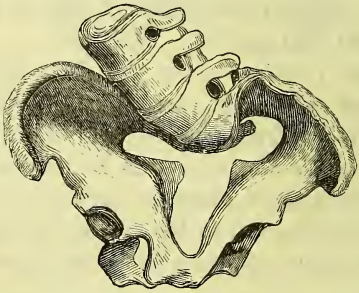


Fig. 80. — Bassin ostéomatacique au plus haut degré. La femme a succombé aux progrès de la maladie (Stoltz).

pelle un *bassin plat*); l'excavation et le détroit inférieur sont normaux ou même plus grands qu'ils ne devraient l'être (79).

L'espèce qui vient après, pour la fréquence, est

celle où le bassin est aplati obliquement (*fig.* 80, 81 et 82).

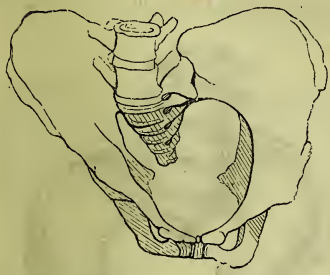


Fig. 81. — Bassin oblique ovalaire vicié par suite d'atrophie du point d'ossification de l'aile droite du sacrum.

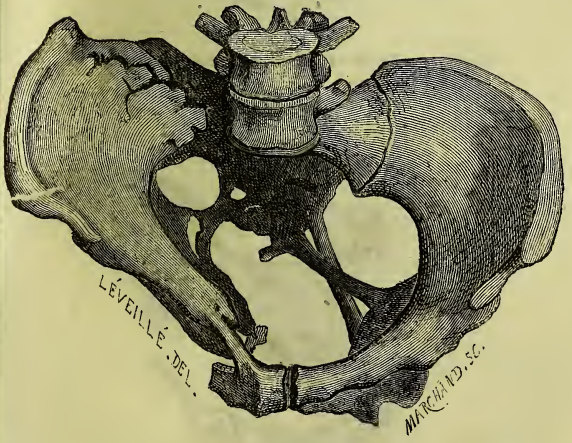


Fig. 82. — Bassin oblique ovalaire vicié par ~~oot~~ cal difforme (Papavoine).

Les deux autres sont très-rares (*fig.* 83 et 83 *bis*).

Quand on parle d'un bassin étroit, sans désigner

l'espèce, c'est donc presque toujours, il est bon de le savoir, d'un bassin à diamètre sacro-pubien raccourci qu'on entend parler.

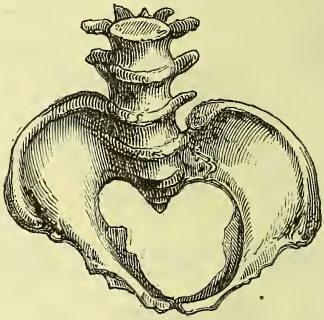


Fig. 83. — Bassin rétréci obliquement (Litzmann).

$\frac{1}{4}$

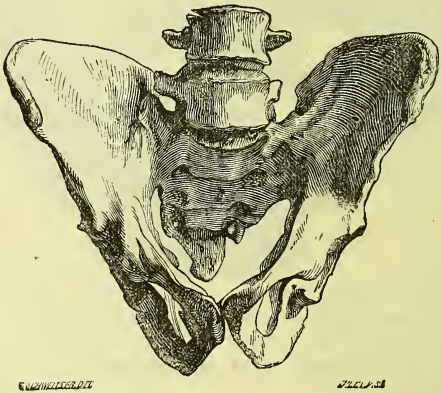


Fig. 83 *bis*. — Bassin transversalement rétréci (P. Dubois). — Bassin aplati transversalement et obliquement tout à la fois.

Pendant bien longtemps, on a attribué tous ces rétrécissements à une cause unique, le *rachitisme;* mais c'était une erreur. L'*ostéomalacie*, maladie

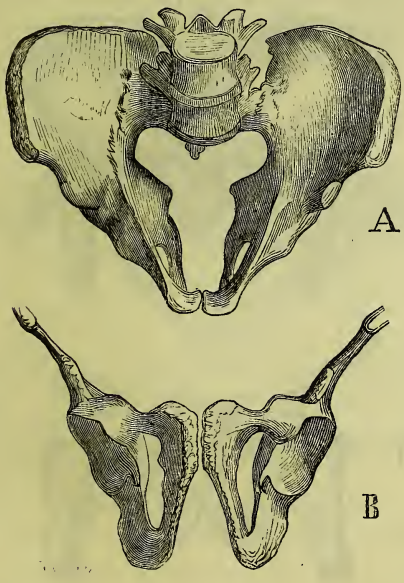


Fig. 84. — A. Bassin double oblique-ovalaire avec ankylose des deux symphyses sacro-iliaques, vu par sa base (Musée Dupuytrer, n° ~~495~~ 496). — B. Même bassin par sa face antérieure. M. Dupuy. n° 49

des adultes, se développant surtout pendant la grossesse (1); les *luxations* spontanées ou accidentelles des fémurs, survenues dans le bas âge; les

(1) L'*ostéomalacie* est une singulière affection qui se montre, en effet, tout particulièrement chez les femmes enceintes;

fractures de cuisse avec grand raccourcissement, survenues également quand le sujet était jeune ; et

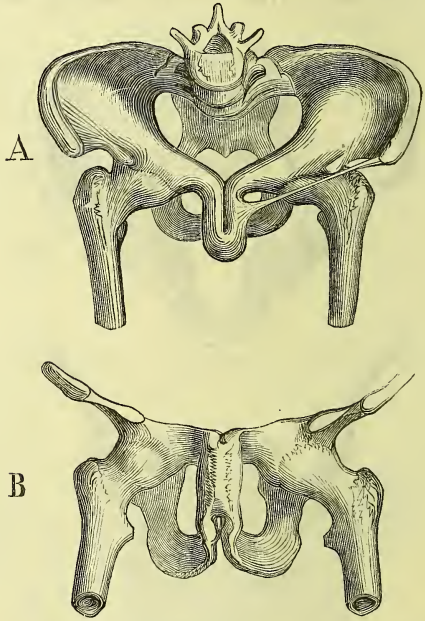


Fig. 85. — A, bassin vicié par ostéomalacie, vu par sa base. (Musée Dupuytren, nº 498.) — B, même bassin, vu par sa surface antérieure.

un *simple arrêt de développement*, portant sur une partie du bassin et non sur toute sa circonfé-

quelquefois, dans leur première grossesse, mais plus souvent après plusieurs grossesses antérieures; rarement sur des sujets bien nourris et vivant dans de bonnes conditions hygiéniques ; bien plus fréquemment dans des conditions oppo-

rence, jouent aussi, comme causes, un très-grand rôle (*fig.* 86).

Il y a une affection de l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, qui consiste dans la luxation de la dernière vertèbre lombaire sur la première vertèbre sacrée. Kilian l'a le premier décrite,

Fig. 86. — Bassin rachitique replié sur lui-même (Litzmann), ou bassin pseudo-ostéomalacique de Michaëlis.

en 1854, et lui a donné le nom de *spondylolysthesis* (V. *fig.* 86).

Dans l'aire du détroit supérieur, il y a une saillie qui rétrécit d'une manière tellement notable l'espace nécessaire au passage du fœtus, que, sur 7 exemples bien connus, il a fallu 3 fois recourir à l'opération césarienne. Dans les 4 autres cas, la mort de la femme s'en est suivie : 2 fois sans que l'accouchement ait pu être fait, 2 fois après l'application du céphalotribe.

Enfin, une ou plusieurs vertèbres lombaires ou

sées, avec nourriture insuffisante et habitation malsaine. On ne l'a guère observée jusqu'ici que sur des femmes dans la misère.

sacrées peuvent avoir été minées autrefois, dans leur corps, par la maladie de Pott, et il en est

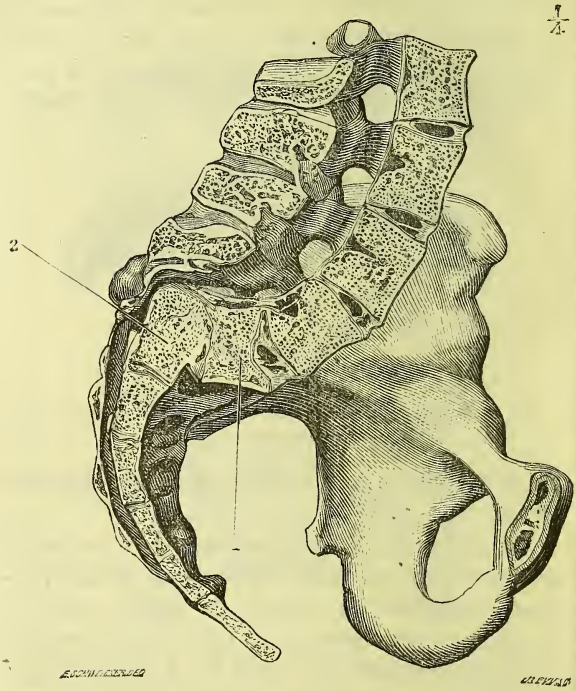


Fig. 87. — Spondylolysthesis. Bassin dit de Paderborn. — 1. Cinquième vertèbre lombaire. — 2. Première vertèbre sacrée. La dernière vertèbre lombaire a glissé en bas et en avant des vertèbres sacrées.

résulté que la colonne lombaire, tombant en avant, est venue recouvrir l'ouverture pelvienne supérieure et l'obturer au point de ne pas permettre à

un fœtus tant soit peu développé de s'y engager. C'est la lésion que le professeur Hergott, de Nancy, a le premier si bien étudiée, tout récemment, et à laquelle il a donné le nom de *spondylizème* (de σπούδυλος, H vertèbre et ἴζηρα, ατος, H affaissement). (V. la *fig.* 88.)

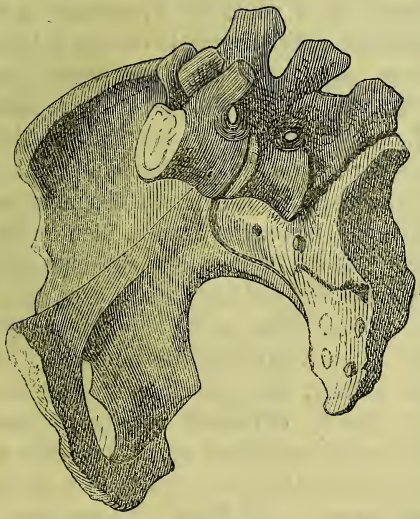


Fig. 88. — Bassin spondylizématique (Stoltz). C'est le *pelvis obtecta* de Kilian.

Aussi, ne faudra-t-il pas oublier le chapitre des *commémoratifs*, quand on en sera à établir son diagnostic sur la variété du vice de conformation.

Pour arriver à la vérité sur ce point, on commencera donc par questionner les parents de la femme sur les prédispositions de la famille au point de vue du rachitisme ou de l'ostéomalacie,

ou la femme elle-même sur les maladies de son enfance ; puis, on examinera sa taille, sa démarche, la forme de ses membres inférieurs et aussi, nécessairement, la conformation extérieure de son bassin ; et, enfin, on terminera par ce qu'il y a de plus important, la *mensuration du bassin*.

A propos de la nécessité d'inspecter la taille et les membres inférieurs de la femme à bassin mal conformé, disons que c'est une erreur de croire que toutes les *bossues* doivent avoir le bassin rétréci ; il n'y a guère que les femmes devenues bossues par suite de rachitisme qui soient dans ce cas. Mais, alors, on leur trouve des membres inférieurs courts, noueux et arqués. Rien qu'à la seule inspection de ses jambes, on peut donc dire presque à coup sûr qu'une bossue a ou n'a pas le bassin rétréci. Ainsi, si les jambes sont droites, longues et sans articulations noueuses, on peut presque affirmer que la femme, quoique très-bossue, n'a pas de difformité notable du bassin et qu'elle pourra accoucher seule, ou aidée tout au plus du forceps (*fig.* 90) ; tandis que si une femme, à peine bossue, a les fémurs arqués, les genoux gros et les jambes torses, on peut être certain qu'elle n'est pas conformée favorablement pour un facile accouchement (P. Dubois). Car l'observation donne presque force de loi à cette proposition : « qu'il n'est pour ainsi dire pas de femme présen-
« tant une déformation rachitique tant soit peu
« évidente des membres inférieurs, qui n'ait en
« même temps le bassin plus ou moins rétréci. »

Chez les multipares, les premiers accouchements apprennent ordinairement quelque chose au médecin ; mais pas toujours, cependant. Car il est à remarquer (et nous venons dans notre propre clientèle d'enregistrer un nouveau fait à l'appui) que dans beaucoup de cas de bassins rétrécis, par voie héréditaire surtout, les premiers accouchements sont souvent ceux qui se passent le mieux.

Fig. 90. — Jeune fille que nous avons vue à la clinique de P. Dubois, en 1838, et qui, comme l'avait annoncé ce célèbre praticien, — rien qu'en se basant sur la forme des membres inférieurs, — accoucha presque seule d'un enfant à terme, de moyenne grosseur et vivant.

Si l'on a affaire à une femme d'une petitesse remarquable, à hanches étroites, à membres incurvés, à courbure exagérée des clavicules, à nodosités osseuses au niveau de l'inser-

tion des cartilages costaux aux côtes (ce qu'on appelle le *chapelet rachitique*),—à ventre en besace,

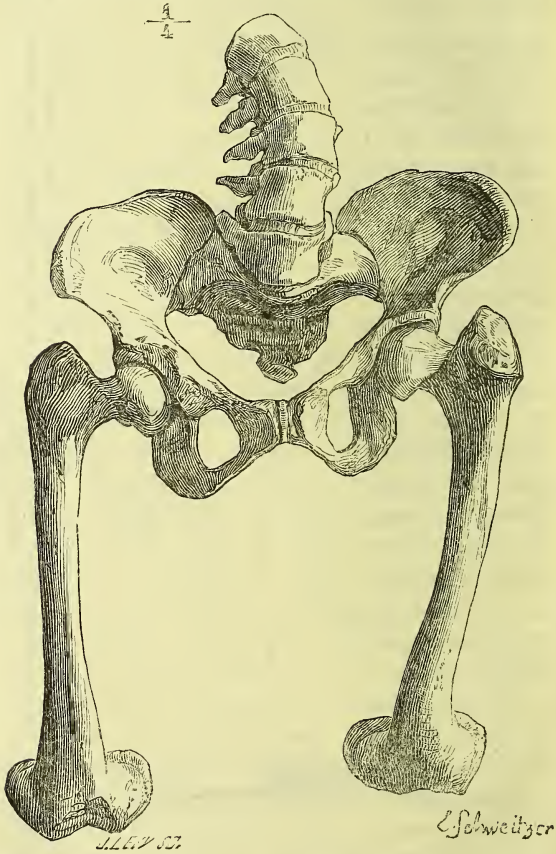


Fig 91. — Bassin rachitique, à forme ostéomalacique, ayant nécessité l'opération césarienne (Stoltz).

se produisant dès les premiers temps de la grossesse, chez une primipare, — et à ensellure prononcée de la région lombaire, on peut presque à coup sûr

Fig. 92. — Bassin rachitique avec convexité antérieure du sacrum et rétrécissement antéro-postérieur de l'excavation, ayant nécessité l'opération césarienne (Stoltz).

affirmer qu'elle a le bassin difforme, tout au moins une forte projection du promontoire en avant.

Et il ne restera plus de doute si, au moment de

l'accouchement, on trouve la vulve très en arrière, — l'arcade pubienne très-fermée, — une poche des eaux crevée prématurément, — un cordon procident, — une présentation mal déterminée ou encore mieux anormale (épaule, face, côté de la tête, etc.) — la partie nullement engagée, bien que les douleurs soient fortes et le col dilaté, —

Fig. 93. — Bassin avec cyphose lombo-sacrée très-prononcée, presque angulaire, décrit par Hœning. Il n'y a pour ainsi dire pas de promontoire, la face antérieure du sacrum ayant la forme d'une S; de sorte qu'au niveau du détroit supérieur les diamètres antéro-postérieur et obliques sont augmentés, tandis que le diamètre transverse est un peu diminué; et qu'au niveau du détroit inférieur, par contre, tous les diamètres sont très-rétrécis.

une lenteur excessive de ce même col à se dilater. malgré une présentation régulière du sommet, — et, enfin, un utérus très-mobile, se laissant facilement porter d'un côté à l'autre.

Mais tout cela n'éclairera qu'imparfaitement sur le genre de rétrécissement. Pour être fixé sur ce point, il faudra l'examen minutieux du bassin, sa mensuration *externe* et *interne*. Cependant,

selon W. Goodell, si l'on trouve la fontanelle antérieure plus accessible au doigt que la postérieure, quand la tête n'est encore qu'au détroit supérieur, on peut présumer qu'on a affaire à un bassin *plat*, dont le diamètre sacro-pubien a seul perdu de sa longueur ordinaire.

Mensuration du bassin.

Mensuration du bassin. — On peut mesurer le bassin par dehors et par dedans. La mensuration *externe* se fait au moyen du compas de Baudelocque; et la mensuration *interne* à l'aide du doigt, de l'instrument de Stein, ou du compas de M. Van Huevel (1). Les intro-pelvimètres de Coutouly, de Wellenbergh et de madame Boivin sont aujourd'hui complétement abandonnés.

Pour se servir du compas de Baudelocque (*fig.* 94), instrument indispensable pour la mensuration *externe*, on fait coucher la femme de côté; puis, la laissant recouverte de sa chemise seulement, on cherche avec les doigts l'apophyse épineuse de la première vertèbre sacrée, ou la fossette qui est au-dessus, sous l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire, apophyse épineuse qui est beaucoup plus saillante que celle du sacrum, et l'on fait tenir en place sur elle un des

(1) Van Huevel, *Mémoire sur les divers moyens propres à délivrer la femme en cas de rétrécissement du bassin, et sur le forceps-scie ou nouveau céphalotome, suivi d'un appendice comprenant la description abrégée du pelvimètre géométrique.* 2e édition. Bruxelles, 1843.

boutons du compas. On cherche ensuite le sommet de la symphyse pubienne ; on applique sur lui l'autre bouton de l'instrument, en serrant un peu, et l'on n'a plus qu'à jeter les yeux sur la règle graduée, pour connaître, en centimètres, le degré d'écartement d'un bouton à l'autre. Sur un bassin régulièrement conformé, on trouverait, nous l'avons dit, 19 centimètres ; si donc on ne trouve

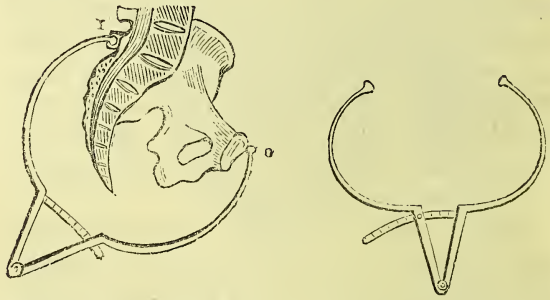


Fig. 94. — Application du compas de Baudelocque à la mensuration du diamètre sacro-pubien.

que 16 cent. 1/2, par exemple, c'est qu'on a affaire à un bassin rétréci d'avant en arrière, au niveau de son détroit supérieur, de 2 cent. 1/2.

S'il s'agissait de mesurer l'écartement des deux crêtes iliaques ou celui des deux trochanters (mesure normale, pour chacun, 27 centimètres), on ferait coucher la femme sur le dos, à plat, et l'on appliquerait les boutons du compas sur les points opposés dont on veut connaître la distance ; on

comparerait ensuite les chiffres obtenus avec les chiffres normaux (1).

Quand on veut se servir de l'instrument de Stein (*fig.* 95) pour la mensuration *interne*, la femme étant placée sur le bord de son lit, comme pour l'application du spéculum, on va chercher avec le doigt indicateur gauche, introduit dans le vagin, l'angle sacro-vertébral, et, de la main droite, on glisse sur lui l'extrémité de la tige qu'on applique sur le sommet du promontoire. Cela fait, on relève le corps de la tige vers la symphyse pubienne, le plus possible, — on arrête le curseur au niveau de cette symphyse, — et l'on voit combien il marque de centimètres d'introduction. Du chiffre trouvé, on déduit de 1 centimètre à 1 cent. 1/2, si toutefois la symphyse n'est pas très-oblique, pour corriger l'erreur par obliquité de l'instrument, et l'on a ainsi la mesure assez exacte du diamètre sacro-pubien. — Si l'on veut connaître le diamètre coccy-pubien, c'est sur le coccyx qu'on porte

Fig. 95. — Petit pelvimètre de Stein.

(1) Sur un bassin bien conformé, la distance qui sépare les deux crêtes iliaques vers leur milieu dépasse de 2 à

l'extrémité de l'instrument, et, le curseur étant arrêté au niveau du sommet de l'arcade pubienne, on n'a rien à défalquer, puisqu'il n'y a plus d'erreur par obliquité à corriger (1).

3 centimètres la distance qui sépare les deux apophyses iliaques antéro-supérieures, et le rapport de ces deux mesures transversales, dit Schröder, est important à noter ; car le bassin rachitique se distingue par ceci, que la mesure entre les épines iliaques antéro-supérieures croît, par rapport à celle entre les points les plus déjetés des crêtes, sur les bassins rachitiques, si bien que la première arrive à égaler la deuxième et même à la dépasser.

Quant à la distance qui sépare les deux trochanters, il faut qu'elle mesure beaucoup moins de 30 centimètres pour qu'on en infère qu'il y a rétrécissement transversal du bassin.

(1) L'application du compas de M. Van Huevel (V. *fig.* 98 et 99) ne diffère de celle de l'instrument de Stein, que par une seule particularité que voici : la spatule de la branche *vaginale* étant fixée sur l'angle sacro-vertébral, on ne se contente plus de marquer le point de cette branche auquel correspond l'extrémité inférieure de la symphyse pubienne ; il y a, pouvant se mouvoir et être arrêtée à volonté sur la première, au moyen d'un écrou, une deuxième tige, *externe*, armée d'une longue vis, et c'est le bouton de cette vis qui, appliqué avec un peu de force sur le point du mont de Vénus correspondant à l'extrémité supérieure de la symphise du pubis, devient la seconde pointe du compas. Celui-ci retiré (ce que l'on ne peut guère faire aisément sans détourner la vis, que l'on replacera ensuite à son premier point), on n'a plus qu'à mesurer la distance qui sépare le sommet de la branche *vaginale* du bouton de la branche externe, et à défalquer 1 cent. 1/2, épaisseur connue de la symphyse pubienne, pour avoir assez exactement la mesure du diamètre sacro-pubien.

A défaut de l'instrument de Stein ou du compas de M. Van Huevel, on pourrait très-bien se servir, pour arriver à ces mesures, d'une sonde à femme dont on conduirait l'extrémité mousse sur l'angle sacro-vertébral ou sur le coccyx, et sur laquelle on porterait l'ongle du pouce, en guise de curseur, pour marquer le point correspondant au sommet de l'arcade des pubis. On n'aurait plus ensuite qu'à reporter la sonde sur un mètre, pour savoir à quoi s'en tenir sur les dimensions antéro-postérieures des deux détroits du bassin. Il est bien entendu que du chiffre indiquant la distance du promontoire à la partie inférieure de la symphyse pubienne, on soustrairait toujours un centimètre au moins pour corriger l'erreur par obliquité.

Mais il est encore plus simple de se servir, pour cette mensuration, du doigt indicateur, qui est assurément le meilleur et le plus sûr de tous les intro-pelvimètres. Instrument sensible, il nous donnera, du reste, en même temps que la notion de l'étendue du bassin, la connaissance de sa forme, celle des diverses incurvations ou tumeurs, celle des différences dans les deux moitiés latérales, etc. Ce doigt est sans doute un peu court et n'atteint pas toujours, à beaucoup près, l'angle sacro-vertébral, même chez les femmes ayant réellement un peu d'aplatissement du bassin d'avant en arrière ; mais qu'importe après tout, dès l'instant qu'il est bien reconnu que, *si l'on ne peut pas atteindre le haut du sacrum avec la pulpe de l'index* (ce doigt étant, bien entendu, de longueur ordinaire), *c'est*

que le rétrécissement n'est pas au-dessous de 8 *cent.* 1/2, et qu'alors l'accouchement peut se terminer d'une manière heureuse pour la mère et pour l'enfant, soit qu'on livre le travail à la nature, soit qu'on intervienne avec le forceps?

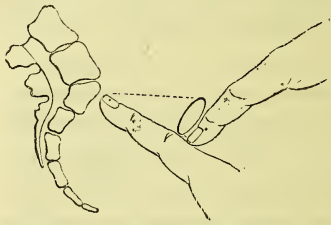


Fig. 96.— Application du doigt à la mensuration du diamètre sacro-pubien.

Voici, du reste, d'après Cazeaux, la manière de se servir du doigt comme intro-pelvimètre (*fig.* 96 et 97.)

Si l'on veut mesurer le diamètre sacro-pubien, l'indicateur droit est porté dans le vagin et dirigé en haut et en arrière vers le promontoire, que l'on reconnaît assez facilement à la saillie qu'il forme et à la dépression transversale que présente au-dessus de lui l'articulation sacro-lombaire. Lorsque l'extrémité de l'index est bien appliquée sur la partie antérieure de la base du sacrum, on relève le poignet jusqu'à ce que le bord radial du doigt soit arrêté par la partie inférieure de la symphyse pubienne. L'indicateur de l'autre main vient alors,

Fig 6 .7.— Application du doigt à la mensuration du diamètre coccy-pubien.

en prenant la précaution de bien écarter en haut les grandes et les petites lèvres, marquer avec l'ongle le point du doigt introduit qui correspond à la symphyse, et l'on n'a plus qu'à retirer ce dernier doigt et à le placer sur un mètre, pour apprécier très-bien la distance qui sépare le promontoire du sommet de l'arcade pubienne. Mais cette ligne oblique est évidemment plus longue que le diamètre sacro-pubien, qui, on le sait, doit aboutir *en haut* et non pas en bas de la face postérieure de la symphyse; et, dès lors, il faut en retrancher ce que donne en trop l'obliquité de la mesure prise, c'est-à-dire de 1 centimètre à 1 cent. 1/2. Cela dépend, du reste, de la direction de la symphyse qui, très-inclinée dans certains cas (*barrure*), est ailleurs, au contraire, presque verticale. S'il y avait *barrure*, on ne défalquerait rien; tandis qu'on défalquerait plus de 1 cent. 1/2 si la symphyse pubienne était verticale.

Pour mesurer le diamètre coccy-pubien, on applique la pulpe de l'index sur la pointe du coccyx, on relève le poignet jusqu'à ce que le bord radial de ce doigt soit arrêté par la partie inférieure de la symphyse des pubis; on marque ce point avec l'autre index; on retire le doigt qui avait été introduit, on le porte sur un mètre et l'on connaît ainsi exactement le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Il n'y a plus ici d'erreur par obliquité; par conséquent, on n'a rien à déduire du chiffre obtenu.

Schröder (et il a quelques imitateurs, même

en France) veut que l'on se serve, alors, de l'index et du médius réunis, les deux derniers doigts restant en dehors du périnée qu'ils refoulent lentement et fortement par en haut, pendant qu'on cherche à appliquer l'extrémité du médius, sur le promontoire. Il est certain que le médius, étant plus long que l'index, peut atteindre parfois le promontoire quand ce dernier ne le pourrait pas.

Mais, comme le dit Guillemot, c'est une grande erreur de croire qu'il est toujours possible de mesurer ainsi le diamètre sacro-pubien d'un bassin rétréci; oui, si le bassin est rétréci à n'avoir plus que 7 à 8 centimètres; non, si le rétrécissement est moins considérable. Dans ce cas, c'est toute la main qu'il faudrait introduire dans le vagin, si l'on voulait arriver à une mesure exacte; et, malheureusement, il est bien des circonstances où cela n'est pas possible : d'abord, quand la femme n'a pas encore eu d'enfants; puis, lors même qu'elle en aurait eu, quand le travail est commencé et que les parties génitales ont leur sensibilité exaltée. Dans ces deux circonstances, il faut recourir nécessairement à l'instrument de Stein, ou, mieux encore, à celui plus ingénieux de Van Huevel (*fig.* 98 et 99).

Mais ce n'est pas là précisément que se dévoile le mérite de ce dernier instrument; où il se montre réellement utile et, nous dirions même, presque indispensable, c'est lorsqu'il s'agit de mesurer les diamètres transverse ou obliques du détroit supérieur; par aucun autre procédé, on n'arriverait

à une appréciation aussi exacte. Si l'on veut, par exemple, connaître le diamètre *transverse*, on portera la spatule de la branche vaginale sur le re-

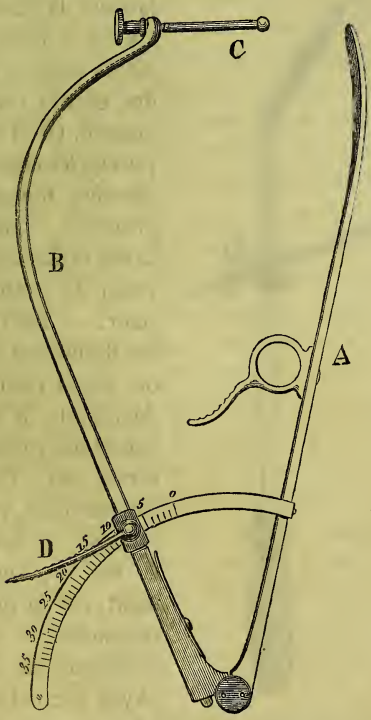


Fig. 98. — Ancien compas de Van Huevel.

bord *droit* du détroit, on fera arriver le bouton de la vis de l'autre branche à toucher le grand trochanter du côté opposé, c'est-à-dire le trochanter

gauche; et l'on prendra note de la mesure ainsi obtenue. On portera ensuite la spatule sur le rebord *gauche* du détroit, laissant le bouton de la vis sur le trochanter du même côté, et l'on prendra encore note de la mesure. Or, il ne restera plus qu'à soustraire cette dernière mesure de la première, pour connaître le diamètre transverse du détroit supérieur. — Pour mesurer les diamètres obliques, on aurait recours, évidemment, à la même opération, seulement, ce serait sur l'éminence ilio-pectinée qu'on appuierait le bouton de la vis, et, successivement, sur le point correspondant à la partie antérieure de la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et sur le point du détroit supérieur correspondant à l'éminence ilio-pectinée sur laquelle pèse la vis, qu'on porterait la spatule.

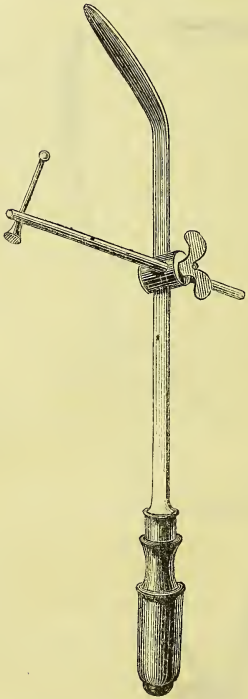


Fig. 99. — Nouveau pelvimètre de Van Huevel, plus simple que l'ancien.

Quant aux diamètres du *détroit inférieur*, on n'aura jamais besoin, pour les mesurer, de ce nouveau compas, pas plus que de l'instrument de Stein ; l'index suffira et sera même préférable.

Enfin, il est un dernier genre de rétrécissement du bassin qu'il faut encore savoir reconnaître : c'est celui désigné par Nægelé sous le nom d'*oblique-ovalaire* (V. la *fig.* 81). Pour arriver à le distinguer des autres, il ne faut pas se contenter d'une inspection superficielle par la vue et le palper ; il faut encore prendre la mesure, avec le compas de Baudelocque des diamètres obliques droit et gauche du grand bassin, pour les comparer entre eux ; — puis, appliquer, comme contre-épreuve, le moyen ingénieux conseillé par Nægelé et qui consiste : 1° à placer la femme debout et le dos appuyé bien à plat le long d'une cloison ; 2° à faire tenir en place, par un aide, deux fils à plomb, partant, l'un de la première apophyse épineuse du sacrum, l'autre du bord inférieur de la symphyse pubienne ; 3° à se mettre soi-même juste en face de la femme, mais un peu éloigné d'elle, pour bien voir si les deux fils à plomb se trouvent ou non sur le même plan antéro-postérieur. Or, s'ils sont loin d'être sur le même plan, on peut être sûr d'avoir affaire à un bassin *oblique-ovalaire*. Au degré de déjettement par côté du fil antérieur (et ce fil s'en va toujours du côté opposé à la symphyse sacro-iliaque ankylosée), on peut même juger assez nettement de l'étendue du vice de conformation. Dans les cas extrêmes, dit Nægelé, il arrive que le fil à

plomb antérieur se trouve sur le même plan vertical que la symphyse sacro-iliaque non ankylosée.

Pronostic. — Un rétrécissement notable du bassin est toujours une circonstance très-fâcheuse, qui expose la mère et l'enfant tout ensemble à un très-grand danger au moment de l'accouchement, si celui-ci se fait à terme, et si, — ce qu'on ne saurait reconnaître au juste d'avance, — le crâne du fœtus est gros et solide. Le pronostic variera, du reste, suivant le siége et le degré du rétrécissement. *Au détroit supérieur*, le rétrécissement le plus grave est celui qui porte sur le diamètre sacro-pubien, déjà naturellement le plus petit. Les aplatissements oblique et transverse sont moins fâcheux, du moins quand ils sont *simples;* car, quand ils sont *combinés*, ils prennent une extrême gravité.

Au détroit inférieur, un rétrécissement, quel qu'il soit, n'a pas à beaucoup près la même importance que lorsqu'il siége au détroit supérieur, attendu qu'il ne s'oppose pas à l'engagement de la partie fœtale qui se présente la première, et que, si une opération est indispensable pour terminer l'accouchement, on la fait bien plus facilement et bien plus sûrement que lorsque la partie fœtale est arrêtée au détroit supérieur, où l'opérateur se trouve évidemment très-gêné et par la longueur et par la courbure du canal que doit parcourir l'instrument.

Quant au degré du rétrécissement, nul doute que plus le canal pelvien sera rétréci, plus les dif-

ficultés pour l'expulsion spontanée ou pour l'extraction du produit seront grandes, et plus, par conséquent, il y aura de danger pour ce produit et pour la mère elle-même.

En général, lorsque le bassin est modérément rétréci, le pronostic est plus favorable pour la mère que pour l'enfant.

Si le rétrécissement est plus considérable, le pronostic est aussi défavorable pour l'une que pour l'autre.

Mais, si le rétrécissement est excessif, le pronostic est beaucoup plus défavorable pour la mère que pour l'enfant, qui peut être sauvé par l'opération césarienne faite à propos, — opération qui, au contraire, c'est connu, expose énormément la mère.

Indications (1). — Elles varient suivant le *degré*, la *forme* et la *nature* du rétrécissement. Mais le *degré* surtout fait varier les indications.

1° Si le bassin n'a pas moins de 9 cent. 1/2, dans son diamètre le plus étroit, l'accouchement spontané peut très-bien se faire, surtout quand le fœtus se présente par le sommet. Par les pieds, l'accouchement spontané est possible encore; néanmoins, l'enfant court alors de bien plus grands risques, à cause de la compression du cordon et de la déflexion de la tête, toutes deux presque inévitables.

(1) Ce que nous allons dire à ce sujet, nous l'emprunterons presque textuellement à l'un des excellents tableaux synoptiques de notre ami, M. le professeur Pajot.

La tête étant arrêtée au détroit supérieur, l'accoucheur, malgré la dilatation très-complète du col, attendra donc un certain temps, *cinq ou six heures*, par exemple, avant d'appliquer le forceps : il attendra, pour mieux dire, *tant que les contractions utérines seront soutenues et que l'état de la mère ou de l'enfant ne périclitera pas*. Dans le cas contraire, il n'attendra pas une minute et aura recours au forceps, dès qu'il jugera la dilatation du col suffisante.

Si c'est *la face* qui se présente, la conduite à tenir est absolument la même, quand le menton est tourné en avant; mais, si le menton est tourné en arrière, on devra chercher à fléchir la tête et à transformer la présentation de la face en présentation du sommet, et, si l'on n'y réussit pas, après avoir attendu le plus possible, comme quand il s'agit d'une présentation du sommet, appliquer le forceps.

Quand c'est le détroit inférieur, rétréci à 9 centimètres 1/2, qui arrête la tête, on n'a pas besoin de se livrer à une aussi longue expectation; le col étant suffisamment dilaté, on attend *une heure* ou guère plus, et après cela, si la tête ne se dégage pas, on l'entraîne au moyen du forceps. Un plus long séjour de la tête dans l'excavation exposerait la lèvre antérieure du col de la matrice, ou même le bas-fond de la vessie, à une gangrène par compression.

2° Si le bassin n'a plus que 8 centimètres dans son diamètre rétréci, il ne peut guère permettre

l'accouchement spontané, à moins que la tête du fœtus ne soit très-petite et l'énergie de l'utérus très-soutenue. Après *deux ou trois heures* d'expectation, si la tête est au détroit supérieur, et *moins d'une heure*, si la tête est déjà au bas de l'excavation, on devra donc, — si toutefois la dilatation du col est suffisante, — ne pas reculer devant l'application du forceps. Habituellement, comme nous le dirons plus loin, cet instrument n'est qu'un instrument de traction; mais ici, il devient un peu agent de réduction, parce qu'il faut déployer une certaine vigueur, pour faire passer la tête d'un fœtus à terme dans un bassin rétréci à 8 centimètres, et qu'il est impossible de faire de pareils efforts sans comprimer et allonger le crâne saisi si étroitement. Malgré cela, si la tête est arrêtée au détroit supérieur, on échoue souvent dans une première application du forceps, et il faut en venir à une seconde et même à une troisième, *en laissant à la femme, après chacune, au moins deux ou trois heures de repos.* On a souvent ainsi de très-beaux résultats; la première tentative engage la tête dans la partie rétrécie du bassin, et les autres efforts l'entraînent tout à fait. Mais si la troisième application restait sans succès, on n'hésiterait plus à *perforer le crâne* et à recourir, après, soit encore au forceps qui, lorsque le rétrécissement ne dépasse pas 8 centimètres, suffit généralement, une fois le crâne ouvert et vidé en partie, à achever l'extraction, soit au céphalotribe lui-même, qui est l'instrument réducteur par excellence, et avec

lequel on aurait un succès certain et immédiat.

Du reste, on devrait nécessairement régler sa conduite sur l'état de vie ou de mort du fœtus. Tant qu'on saurait celui-ci vivant, on insisterait sur l'application simple du forceps; tandis que si l'on savait positivement qu'il a cessé de vivre, on se bornerait à appliquer cet instrument une seule fois, — pour en venir ensuite sans hésitation, dans le cas de non-réussite, à la crâniotomie et, s'il le fallait, à la céphalotripsie.

Malgré l'autorité de madame Lachapelle (1) et celle de Simpson (2), de Schröder (3) et de M. Budin, nous ne pouvons nous décider à donner la préférence à la version podalique sur le forceps, dans le cas de rétrécissement du bassin à 8 centimètres, *l'enfant étant à terme*. Mais il n'en serait plus ainsi dans le cas où, avec un même degré de rétrécissement, on aurait affaire à un fœtus de 7 à 8 mois seulement. Reconnaissant, avec M. Budin, que la tête fœtale se réduit bien plus que ne le disent les classiques, quand on opère de fortes tractions sur les pieds, pendant qu'on fait exercer par un aide intelligent une pression soutenue sur le fond de la matrice, pour empêcher la déflexion de se faire, nous serions moins affirmatif dans notre préférence pour le forceps, et, si la femme

(1) Madame Lachapelle, *Pratique des accouchements*, Paris 1875.

(2) Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique*, traduit par G. Chantreuil, Paris 1875.

(3) Schröder, *Manuel d'accouchements*, traduit par Charpentier, Paris 1875.

n'était pas primipare, nous croyons que la version permettrait de rendre l'accouchement plus prompt, moins pénible pour la mère et peut-être moins dangereux pour l'enfant. C'est là aussi, du reste, l'opinion de Barnes, de W. Goodell et de M. Guéniot. Il ne paraît pas douteux à ce dernier que la version, comme la venue spontanée de l'enfant par le siége, ne soit de beaucoup préférable à l'emploi du forceps, lorsque le bassin est modérément rétréci, dans son diamètre *conjugué* seul toutefois, c'est-à-dire par une exagération de la saillie du promontoire, et quand le fœtus est de volume médiocre.

Le Dr W. Goodell, professeur à l'Université de Pensylvanie, à la fin de son mémoire sur le mécanisme de l'accouchement naturel et artificiel dans le cas d'étroitesse du bassin, s'exprime à peu près ainsi :

Dans un bassin plat (diamètre *conjugué* seul rétréci), la nature présente la tête du fœtus au détroit supérieur en extension, et le forceps en flexion. La nature engage cette tête par son diamètre le plus petit et le plus compressible, le forceps, par son diamètre le plus grand et le moins compressible; or, la version imite la nature; donc, elle vaut mieux que le forceps.

Et il en conclut :

1° Que dans un bassin *plat*, la tête, venant *dernière* après la version, suit exactement la même loi d'engagement que la tête venant *première* sans l'intervention de l'art ;

2° Que le forceps, dans un bassin *plat*, contrarie la nature, au lieu de l'aider comme le fait la version ;

3° Que s'il s'agit d'un bassin uniformément rétréci, transversalement aussi bien que d'avant en arrière, c'est, au contraire, le forceps qui vient en aide à la nature, et non pas la version qui violerait la loi d'engagement de la tête.

3° Si le diamètre rétréci du bassin a moins de 8 centimètres, mais un peu plus de 6 cent. 1/2, il n'y a plus à hésiter, *c'est à la perforation du crâne* et *à l'application du céphalotribe qu'il faut recourir de suite*, dès qu'on a acquis la certitude d'un tel rétrécissement : car, avec une pareille étroitesse, on ne peut guère espérer un accouchement par les seules forces de l'utérus, ni même par l'application du forceps. Cependant, comme M. Depaul, P. Dubois et autres ont eu à observer des cas où le rétrécissement n'était pas de moins de 7 centimètres, et où, malgré cela, l'accouchement s'est effectué spontanément ou à l'aide d'une simple application de forceps, il serait convenable, avant d'en venir au sacrifice du fœtus, d'attendre tout ce qu'on peut espérer de l'énergie de l'utérus, sans compromettre néanmoins la vie de la mère. Mais, savoir où s'arrêter, en pareil cas, dans l'expectation, est assurément l'un des points les plus délicats de la pratique obstétricale.

En décembre 1866, M. Depaul a même extrait un fœtus à terme *vivant* dans un cas de rétrécissement extrême (6 cent. 1/2), avec le forceps seul.

Evidemment, pour que la tête d'un fœtus à terme, tant peu développé soit-il, passe par un détroit pareil, il faut une dépression considérable d'un des pariétaux, celui correspondant au promontoire. Or, cette dépression était très-visible, dit M. Depaul, dans le cas présent, et cependant ne s'accompagnait pas de fracture, puisque l'enfant a survécu.

Ajoutons que, depuis ce temps-là, cet habile professeur réserve l'application du céphalotribe pour les cas où le bassin n'a plus que 6 centimètres; mais il a peu d'imitateurs.

Dans le cas de présentation de l'épaule, on aura recours nécessairement à l'embryotomie ou à l'opération césarienne; — à l'embryotomie sans hésiter si l'enfant est mort, — au contraire, avec hésitation, si l'enfant est vivant; car, alors, l'opération césarienne trouverait là sa légitime application. Et il en serait encore de même si le rétrécissement était extrême, à 3 ou 4 centimètres; que l'enfant fût mort ou vivant, l'opération césarienne deviendrait la ressource ultime, même en n'envisageant que l'intérêt de la mère.

4° Si le bassin a, dans son diamètre rétréci, moins de 6 cent. 1/2, dans le cas de présentation de la tête, sommet ou face, il faut tenter la *céphalotripsie répétée sans tractions* qui a déjà donné à son auteur, M. Pajot, de très-beaux résultats, et, si elle échoue, avoir recours à la dernière ressource, l'*opération césarienne*. Peut-être même, si l'on savait l'enfant bien vivant, et si l'on avait le

moindre soupçon que la céphalotripsie dût être insuffisante, vaudrait-il mieux recourir tout d'abord à l'opération césarienne : car, avec elle, on aurait au moins, pour compensation des dangers que l'on fait courir à la femme, la presque certitude de sauver l'enfant. Du reste, le cas est assez délicat pour qu'on ne prenne pas une décision définitive sans consulter les parents et tout particulièrement la femme. Il pourrait arriver, en effet, que celle-ci se refusât formellement à laisser sacrifier son enfant, préférant courir pour elle-même les chances de la gastro-hystérotomie, et, évidemment, on n'aurait pas le droit d'aller contre sa volonté.

Si c'est la face qui se présente, la conduite à tenir est celle que nous avons indiquée plus haut ; il faut chercher à amener le sommet, pour agir sur lui comme nous venons de le dire ; et, si l'on n'y réussit pas, pratiquer la perforation du crâne par une orbite et réduire la tête au moyen du céphalotribe.

Si c'est l'épaule qui se présente dans le détroit rétréci, ce qui est assez commun (quatre fois plus souvent que dans les cas de bassin normal, d'après Schröder), il faut tâcher de transformer la présentation vicieuse en présentation du sommet, par des manœuvres internes et externes tout à la fois, pour agir ensuite comme il est dit plus haut. Autrement, il ne resterait de ressource que dans l'embryotomie.

Mais *la forme* du rétrécissement devient quelquefois la source d'une indication précieuse. Ainsi,

quand le bassin est ce qu'on appelle *oblique-ovalaire*, il faudrait, avant de se décider à pratiquer la crâniotomie, rechercher avec soin de quel côté du bassin regarde l'occiput, autrement dit, la grosse extrémité du crâne. Car, si l'occiput se trouvait en rapport avec le côté large du bassin, on pourrait livrer le travail à la nature, qui très-probablement se suffirait à elle-même ; tandis que si l'occiput se trouvait tourné vers le côté rétréci du bassin, on devrait, avant tout, tenter la version podalique, qui, amenant la partie la plus grosse de la tête à s'engager dans la moitié la plus large du détroit supérieur et de l'excavation, donnerait, sans aucun doute, un aussi heureux résultat que si le vice de conformation n'existait pas.

Enfin, la *nature* de l'altération du bassin peut devenir également la source d'une indication particulière. C'est ainsi que quand le bassin est rétréci par cause d'ostéomalacie, les os étant souples (si toutefois la maladie n'est pas guérie), il est permis d'espérer l'heureuse délivrance de la femme, par les contractions de la matrice seules ou aidées tout au plus d'une simple application de forceps. Sprengel, Hasslocher et Humberger affirment avoir vu des bassins, réduits à 5 centimètres par ostéomalacie, permettre cependant l'accouchement spontané.

Toutefois, il eût été encore plus avantageux d'être conduit à reconnaître l'affection dès son début. Car, rien qu'en faisant garder à la femme le repos horizontal *sur le dos* jusqu'à l'invasion du travail, on eût soustrait les os ramollis aux princi-

pales causes de leur déformation, c'est-à-dire au poids du tronc d'une part et à la contre-pression des fémurs de l'autre. Sans doute, puisqu'ils sont malléables presque comme s'ils étaient en cire, la position sur le dos aplatirait peut-être un peu le sacrum et la partie postérieure des os iliaques ; mais ce serait peu de chose à côté du reste, même à côté de l'asymétrie qu'entraînerait le seul décubitus latéral un peu prolongé. Il est certain que de la durée du temps pendant lequel les malades vont et viennent, portant surtout des fardeaux plus ou moins lourds, quand les os sont ramollis, dépend le degré de déformation du bassin.

Mais s'il est utile, d'après cela, de pouvoir préciser la nature du rétrécissement, il ne l'est pas moins de savoir distinguer si ce rétrécissement affecte uniquement le détroit supérieur ou le détroit inférieur, — ne serait-ce que pour ne pas répondre à faux si l'on était questionné sur la marche plus ou moins rapide de l'accouchement livré à lui-même. En effet, on est généralement porté à juger de la durée du travail à faire par celle du travail déjà fait ; or, on se tromperait presque toujours, si l'on ne savait pas au juste où gît le rétrécissement. Car, quand ce rétrécissement gît au détroit supérieur seul, le commencement du travail est très-long et la fin très-rapide, et quand c'est le détroit inférieur seul qui est rétréci, le commencement du travail est très-rapide et la fin très-longue (leçon de P. Dubois).

Dans les rétrécissements du bassin, pourvu qu'ils

ne soient pas extrêmes, c'est-à-dire qu'ils ne soient pas au-dessous de 7 centimètres, Schröder, avec Simpson, recommande surtout la version podalique. Mais, comme le fait remarquer le savant traducteur du professeur allemand, il n'en est pas ainsi en France, où c'est au forceps qu'on donne la préférence. Sauf le rétrécissement *oblique-ovalaire*, il n'est pas une angustie pelvienne un peu marquée contre laquelle nos maîtres-accoucheurs français actuels conseillent la version podalique plutôt que le forceps. Et ils poussent leur préférence pour cet instrument si loin, dit M. le Dr Charpentier, que, dans le cas de présentation transversale, ils donnent le conseil de chercher, par des manœuvres méthodiques, à transformer la présentation, à amener la tête au détroit supérieur, pour, ensuite, intervenir avec le forceps. Nous sommes nous-même de cette école et, nous rangeant de l'avis de M. le Dr Budin, nous réservons la version podalique, dans les rétrécissements du bassin au-dessous de 7 centimètres, pour les seuls cas où l'accouchement se fait *avant terme*, entre 7 et 8 mois, soit naturellement, soit provoqué. Dans l'accouchement *à terme*, au contraire, le diamètre promonto-pubien n'aurait-il que 7 centimètres 1/2, c'est au forceps que nous aurions recours tout d'abord.

Mais il n'y a pas que des rétrécissements du bassin par rachitisme ou ostéomalacie : outre les les bassins *spondylolisthésique* et *spondylizématique*, dont nous avons donné les figures (*fig.* 87

et 88), il y a encore des bassins sur lesquels les articulations sacro-iliaques sont toutes deux ankylosées. Notre figure 89 *a* en offre un exemple. C'est P. Dubois qui possédait ce specimen. La femme, à

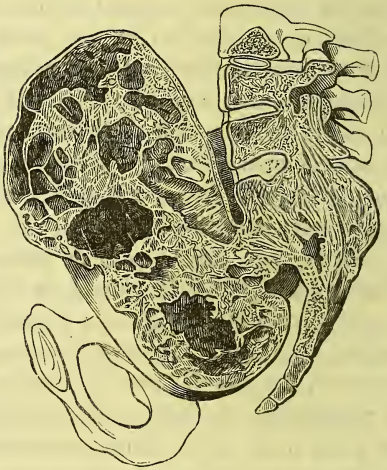


Fig. 100. — Cas longuement rapporté dans la thèse de Élie de Habert, et, en raccourci, dans le *Traité d'accouchements* de Chailly, p. 562.

l'âge de 6 ans, avait eu une roue de voiture lui passant sur le bassin ; ses articulations sacro-iliaques s'étaient enflammées, puis ankylosées. Il y a aussi le bassin cyphotique, si bien décrit par M. Didier, dans sa thèse. C'est une variété de déformation intermédiaire entre la cyphose vraie et la spondylolisthésis. Les dernières vertèbres lombaires et quelquefois la première vertèbre sacrée, ont été prises de carie plus en arrière qu'en avant

et elles se sont affaissées dans le premier sens, de façon à laisser une cyphose lombo-sacrée très-prononcée, presque angulaire parfois. Hœning a décrit un bassin de ce genre (Voy. la *fig.* 93) qui a nécessité l'opération césarienne. Une statistique portant sur 18 femmes à bassin cyphotique, donne, sur 36 accouchements, 23 en-

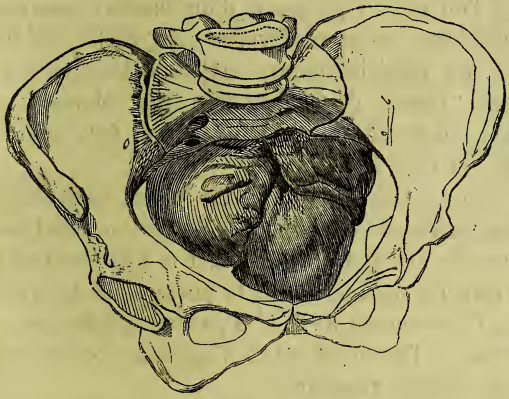


Fig. 101. — Observation rapportée dans la thèse de Thierry (1).

fants morts et 8 femmes mortes. C'est donc une déformation très-sérieuse. Il y a encore des tumeurs développées dans le périoste ou dans le tissu osseux lui-même, qui peuvent siéger à la face interne de l'excavation et s'opposer au passage du fœtus. Nægelé cite deux cas d'exostoses si volumineuses qu'elles rendirent nécessaire l'opération césarienne (*fig.* 100 et 101). Mayer (Valentin) rapporte

(1) Thierry, *Dissertatio de partu difficili a mala conformatione pelvis.* Argentorati, 1764.

une observation d'ostéo-sarcome ayant nécessité également la gastro-hystérotomie (1). Enfin, Lenoir a signalé quelques cas d'ostéostéatome et Burns, Lever, Barlow, Moreau, Papavoine, etc., des exemples de cols difformes, après fracture des os iliaques, ayant entravé l'accouchement. Quelle conduite tenir dans des cas de ce genre ?

Si l'on est en présence d'un bassin *spondylolisthésique*, on se conformera aux règles établies pour les rétrécissements antéro-postérieurs ordinaires ; c'est le degré de saillie de la colonne lombaire en avant du promontoire qui fera adopter telle ou telle intervention.

Si l'on a affaire à un bassin *spondylizématique*, à un *pelvis obtecta*, ici, la déformation étant bien marquée, il n'y a plus à songer ni à la version, ni au forceps, aidé même de la perforation du crâne, ni à l'écrasement de la tête par le céphalotribe, ni même à l'embryotomie ; l'opération césarienne reste l'unique ressource.

Si c'est une cyphose lombo-sacrée de (Didier) qui met obstacle à l'accouchement, on se comportera comme dans le cas de spondylolisthésis.

Enfin, s'il s'agit d'une tumeur osseuse, on doit intervenir absolument comme dans le cas de rétrécissement par vice de conformation ; on détermine avec soin le siége précis de la tumeur, puis le degré de rétrécissement qu'elle entraîne, et on se décide, d'après cela, pour tel ou tel mode d'inter-

(1) L'opération, faite par M. Stoltz (de Strasbourg), eut un succès complet pour la mère et pour l'enfant.

vention. Mais, si la tumeur n'est pas dure, si elle paraît inégalement résistante sous le doigt et qu'on puisse supposer qu'elle renferme un liquide quelconque en collection, il est bon, avant d'en venir à une opération sérieuse, de commencer par faire une simple ponction qui, dans certains cas, peut fort bien amoindrir le volume de la tumeur au point de permettre le passage du fœtus. Et ce n'est qu'après avoir constaté l'insuffisance de cette ponction, et aussi l'insuffisance du forceps, appliqué à deux ou trois reprises, qu'on se poserait la question de savoir à laquelle des deux opérations ultimes, *céphalotripsie* et *opération césarienne*, il faut définitivement recourir. Il peut y avoir hésitation dans le choix, si l'obstacle à l'accouchement est un ostéophite ou un sarcome fibreux ou un ostéostéatome ; mais si la tumeur est un cancer déjà considérable et déjà le siége de douleurs caractéristiques presque incessantes, et si, d'un autre côté, l'auscultation démontre à n'en pas douter que le fœtus est plein de vie, il n'y a plus à hésiter : car, enfin, on est en présence d'une femme condamnée à une mort prochaine par excès de souffrances et épuisement, et d'un enfant qu'on est presque sûr de sauver et qui peut avoir devant lui de longues années de vie. Pour nous, du moins, nous n'hésiterions pas, dans un cas semblable, à proposer l'opération césarienne de préférence à la céphalotripsie.

B. Causes des accouchements vicieux de la seconde catégorie.

Ampleur excessive du bassin.

Dans certains cas, au lieu d'être trop étroit, le bassin est plus ample qu'il ne devrait l'être. Eh bien, quoique au premier abord cela paraisse singulier, c'est encore un défaut et non une qualité. Un bassin trop large expose, effectivement, la femme à des accidents fâcheux au moment même de l'accouchement ; par exemple : à une déchirure du col de la matrice, du vagin ou du périnée, parce que le fœtus descend trop vite ; — à un décollement prématurée du placenta et à une hémorrhagie primitive grave, par la même raison ; — à une chute complète de l'utérus contenant encore le produit, d'où des tiraillements qui disposeront beaucoup à une péritonite ou à des abcès consécutifs ; — à une hémorrhagie consécutive, parce que l'utérus, débarrassé trop rapidement, ne revient pas assez vite sur lui-même, une fois le produit dehors, etc., etc.

Si, donc, on s'apercevait, en touchant la femme en travail, qu'elle porte un bassin d'une largeur excessive, il faudrait la tenir couchée horizontalement sur le dos ou sur le côté, dès que les douleurs deviendraient un peu fortes ; l'empêcher, en outre, de faire aucun effort volontaire, et, quand la matrice viendrait s'appuyer sur le plancher périnéal, l'y retenir tant que la dilatation du col ne

serait pas achevée, et, pour mieux dire, tant que la partie fœtale qui se présente n'aurait pas franchi ce col. Il est bien entendu qu'on veillerait très-attentivement sur le périnée pour prévenir sa rupture.

Excès d'énergie de l'utérus.

Les accidents qui peuvent résulter d'un accouchement trop prompt, par excès d'action de l'utérus, sont plus rares, mais presque aussi graves que ceux qui résultent d'un accouchement trop lent. Pour la mère, il y a à craindre, soit des déchirures du col, du vagin ou du périnée, soit une rupture du corps de la matrice, soit, enfin, une syncope ou un ébranlement nerveux mortels. Pour l'enfant, dès que les eaux se sont échappées, on a à redouter une asphyxie par compression du cordon, ou par interruption dans la circulation inter-utéro-placentaire.

Les femmes les plus disposées à cette contractilité excessive de l'utérus sont celles qui d'habitude ont de fortes coliques à l'époque menstruelle, et celles à tempérament nerveux et irritable.

Indications. — Pour peu que la femme soit pléthorique, on fait bien de lui pratiquer une saignée du bras (Wigand) ; après quoi, on lui administre, comme on le ferait tout d'abord pour la femme nerveuse, une assez forte dose d'opium, soit en potion soit en lavement; enfin, dès les premières

douleurs, on lui fait garder la position horizontale sur son lit, — on l'engage à ne pas céder au besoin de *pousser*, — si c'est possible, et on retarde autant qu'on le peut la rupture des membranes. Si elle ne pouvait s'empêcher de *pousser*, ce serait le cas, ou jamais, de la soumettre aux inhalations anesthésiques jusqu'à résolution des muscles volontaires. Mais cela n'empêcherait pas de bien veiller sur le périnée, qui, en pareille circonstance, est si manifestement menacé, et de pratiquer, dès lors, le débridement de la vulve, dès qu'on le jugerait nécessaire.

Thrombus de la vulve et du vagin.

Cet accident, s'il a lieu au moment même où la tête franchit le détroit inférieur, comme nous avons eu l'occasion de l'observer tout récemment, n'apporte aucune entrave à l'accouchement, et, cependant, il n'en est pas moins dangereux pour la mère, si l'infiltration sanguine est considérable. Deneux, dans son mémoire, dit que sur 62 cas de thrombus volumineux de la vulve ou du vagin, il y a eu 22 fois mort de la femme. Le cas que nous venons d'observer s'est terminé heureusement ; l'infiltration sanguine était pourtant assez considérable pour obturer le vagin dans toute sa hauteur. Nous prîmes de suite le parti, sitôt l'accident constaté, de ne point livrer une aussi grande quantité de sang au travail des vaisseaux absorbants ; mais nous attendîmes, pour ouvrir la poche,

d'être bien sûr de l'arrêt de l'hémorrhagie. Ce ne fut donc que douze heures après l'accouchement, que, nous faisant aider d'un confrère qui ouvrait la vulve aussi largement que possible, nous fîmes une incision sur le point le plus déclive de la tumeur. Mais il ne s'échappa de celle-ci que 60 grammes environ de sang liquide et manifestement veineux. Nous engageâmes alors deux doigts dans le foyer et nous réussîmes à en extraire encore 140 grammes de sang, moitié liquide, moitié en caillots. Nous fîmes ensuite des injections à l'eau *froide*, pour crisper les vaisseaux qui auraient pu donner encore ; l'hémorrhagie ne se renouvela pas ; il ne survint même aucune inflammation ; il n'y eut que des douleurs assez vives dans les régions sacrée et anale, mais qui ne durèrent que 28 à 30 heures ; et, huit jours après, il n'y avait plus trace de l'accident.

Malheureusement, la guérison ne s'obtient pas à beaucoup près aussi rapidement dans tous les cas ; l'évacuation du sang et des caillots ne fait pas toujours éviter le développement d'une inflammation plus ou moins vive dans les parois du foyer ; et il faut alors combattre celle-ci par les antiphlogistiques de toutes sortes ; puis, la suppuration étant franchement établie, avoir recours à des injections détersives et même légèrement chlorurées ; et encore, n'arrive-t-on pas d'une manière certaine à empêcher la femme de succomber par épuisement, ou, si elle résiste, à la préserver d'une fistule intarissable.

Procidence ou chute du cordon.

La procidence du cordon n'est pas commune, elle ne s'observe guère qu'avec une présentation de la face ou une présentation du tronc, et encore pas toujours à beaucoup près. Dans la présentation du siége, elle n'est point un accident. — Une grande longueur du cordon, avec une énorme quantité d'eau dans l'amnios, un bassin large avec un fœtus petit, ou, au contraire, un bassin étroit qui ne permet pas l'engagement facile de la tête d'un fœtus ordinaire et une insertion du placenta près de l'orifice interne de la matrice, doivent être placés, évidemment, en tête des prédispositions.

Quand, bien que le col soit dilaté, les membranes sont encore intactes, il n'est pas facile de reconnaître une présentation du cordon. Cependant, si la poche des eaux est, comme on dit, *en boudin*, et si le toucher y fait constater la présence d'*un corps mou, mobile et à pulsations plus fréquentes que celles de la mère*, on est bien sûr que le cordon se présente sous la partie fœtale quelle qu'elle soit, et qu'il va tomber dans le vagin au moment de l'échappement des eaux.

Mais si les membranes sont rompues, quand on fait sa première exploration, le diagnostic de la procidence du cordon n'offre plus la moindre difficulté, puisqu'on tient l'organe à nu sous le doigt et qu'il est impossible, rien qu'au toucher, de le confondre avec aucune autre partie du fœtus, (V. *fig*. 102.)

Le *pronostic* est grave, mais seulement pour l'enfant, bien entendu. Celui-ci, en effet, peut en

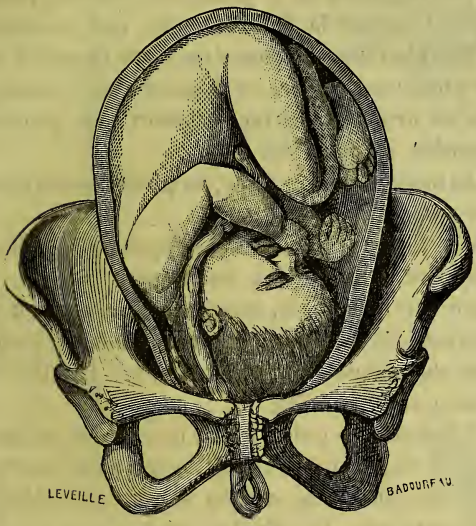


Fig. 102. — Prolapsus du cordon ombilical.

quelques instants mourir asphyxié, s'il y a compression du cordon. L'expérience est là pour prouver que les deux tiers des enfants qui se présentent précédés d'une anse de cordon succombent par asphyxie. Du reste, le danger dépend beaucoup de la place qu'occupe cette anse dans l'excavation. Si, dans le cas de première position du sommet ou même de la face, le cordon procident se trouve être couché sur la symphyse sacro-iliaque *gauche*, il est évident qu'il y courra bien

moins risque d'être comprimé que s'il se trouvait en rapport avec tout autre point de l'excavation. Or, la fréquence de la première position, pour le sommet et pour la face, est telle, que, comme le dit fort bien Nægelé, *quand on verra l'anse du cordon placée en arrière et à gauche du bassin, on sera en droit de porter*, à priori, *un pronostic favorable, et* vice versâ.

Les *indications* à remplir, en pareille occurrence, sont assez simples.

Si le fœtus se présente par l'épaule, c'est nécessairement à la version qu'on aura recours, dès qu'elle sera praticable. Mais, remarquons bien que ce n'est pas la chute du cordon, mais bien le mode de présentation du fœtus, qui fait ici de la version une nécessité.

Si le fœtus se présente par le sommet ou par la face, on s'occupera d'abord de constater par l'examen des artères du cordon et par l'auscultation hypogastrique, si l'enfant vit ou non ; car s'il était mort, on n'aurait, après en avoir prévenu les parents, qu'à laisser faire la nature, sans avoir égard au cordon ; tandis que s'il était vivant, on devrait intervenir immédiatement, — soit en essayant de réduire le cordon, c'est-à-dire de le porter et maintenir au-dessus du détroit supérieur, jusqu'à l'engagement de la tête, — soit en terminant le plus rapidement possible l'accouchement, par la version ou le forceps.

Quand la tête est encore mobile au détroit supérieur, il faut tenter d'abord la réduction du cordon

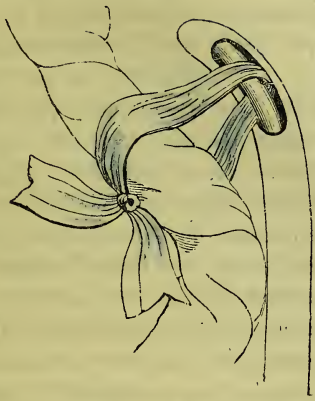


Fig. 103. — Manière de saisir le cordon pour l'entraîner avec la sonde dans l'utérus. Procédé Dudan pour la réduction du cordon ombilical.

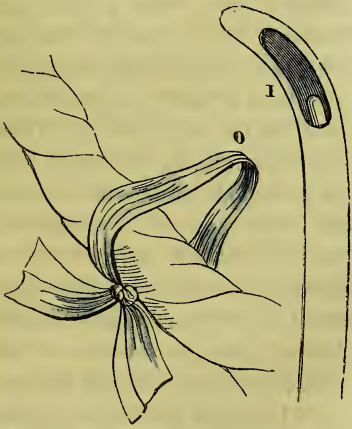


Fig. 103 *bis*. — Retrait du mandrin de la sonde, pour abandonner l'anse du cordon une fois réduite.

Fig. 104. — Porte-cordon de Schœller, modifié.

Cet instrument est composé de deux tiges tout en baleine; l'une est fixée à un manche en ébène et se termine en forme de crochet mousse comprenant les deux tiers d'un anneau; l'autre, dont la tige est droite, glisse le long de la première et se pousse par un coulant à patte, pour venir fermer le crochet et former ainsi un anneau complet.

procident, — non pas par le procédé de M. Dudan (*V.* le *Traité d'accouchements* de Cazeaux, et *fig.* 103 et 103 *bis*), ni par celui de M. Schœller (*V.* son instrument, *fig.* 103), procédés plus théoriques que pratiques, — mais bien avec la main. On introduit, à cet effet, les quatre derniers doigts dans le vagin, on saisit du mieux qu'on le peut, l'anse entière du cordon entre leurs extrémités, et on tâche de la reporter dans l'utérus jusqu'au-dessus du détroit supérieur; et, arrivé là, on attend que la tête s'engage franchement dans le haut de l'excavation ; après quoi, on peut retirer sa main, le cordon ne pouvant plus retomber où il était. Cette manœuvre est souvent couronnée du succès ; mais assez souvent aussi elle échoue, et, alors, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est, pendant que la tête est encore mobile, d'aller chercher les pieds du fœtus et de terminer l'accouchement par la version.

Quand la tête a, au contraire, perdu déjà toute mobilité, au moment où l'on constate la procidence du cordon, il faut ne pas perdre cet organe de vue un seul instant, le toucher sans cesse pour juger de la force et de la régularité de ses pulsations ; laisser le travail marcher seul tant que ces pulsations sont normales, mais *appliquer immédiatement le forceps dès que les artères ombilicales ne battent plus que faiblement et inégalement*, et, à plus forte raison, si ces artères cessent de battre.

Si l'on avait lieu de soupçonner le fœtus petit et le bassin très-large, on pourrait se livrer avec confiance à l'expectation ; tandis que si l'on pré-

voyait le contraire, c'est-à-dire un fœtus à grosse tête s'engageant dans un bassin un peu étroit, on devrait recourir de prime abord au forceps.

Lorsque c'est la face qui se présente, il est sage aussi de ne pas trop se livrer à l'expectation, et de recourir de suite à la version, si la tête est encore au détroit supérieur et libre, — ou au forceps, si la face est déjà engagée dans le petit bassin.

Dans le cas où, quoique l'enfant soit vivant, on croirait pouvoir abandonner le travail à lui-même, il n'en faudrait pas moins s'occuper du cordon, pour le tenir constamment pelotonné dans le vagin, de peur qu'il ne se refroidisse.

Hémorrhagie par décollement prématuré du placenta.

Le décollement prématuré du placenta peut sans doute avoir lieu quand cet organe s'insère à sa place ordinaire ; mais c'est bien plus fréquemment lorsqu'il s'insère sur le col ou tout près du col (*placenta prævia*). Dans tous les cas, l'hémorrhagie est *externe,* et, pour peu qu'elle soit abondante, elle peut compromettre en un instant la vie du fœtus et même celle de la mère ; *c'est donc*, au total, *un accident très-grave et contre lequel il faut que l'on sache prendre une détermination prompte et énergique.*

Quand le fœtus se présente par le sommet, celui-ci peut s'adapter si bien à l'orifice utérin dilaté que la perte sanguine en soit presque suspendue ; mais il n'en est pas de même si c'est la

face, le pelvis et surtout le tronc qui se présentent.

Le pelvis et la face elle-même s'adaptent déjà assez mal à l'orifice utérin : que sera-ce donc de l'épaule qui est de forme si irrégulière ? Quand donc, avec un *placenta prævia*, on reconnaîtra que le fœtus se présente autrement que par le vertex (ce qui est, du reste, la règle), on fera bien, comme le conseille M. le Dr Pinard (1), d'essayer par les manœuvres externes dont nous allons parler, à propos de la version céphalique, d'amener le fœtus à se présenter franchement par le sommet au détroit supérieur. Car, si l'on avait l'heureuse chance d'y parvenir, il est évident qu'on aurait amoindri de beaucoup le danger de la situation et pour la mère et pour l'enfant : — pour celui-ci, en ce que la compression régulière exercée par le sommet de son crâne sur le placenta et les sinus utérins déjà béants, est très-propre à suspendre ou tout au moins à modérer l'hémorrhagie ; — et pour la mère, en ce que, s'il faut encore intervenir, on le fera par une simple application du forceps, et non plus par la version podalique, c'est-à-dire par une introduction forcée de la main dans la cavité utérine, opération qui est loin, ainsi que le fait observer judicieusement M. Pinard, d'être toujours sans danger pour celle qui la supporte.

Les *indications* sont claires, mais il faut de la

(1) Observation lue à la Société de chirurgie, séance du 9 mai 1877. A. Pinard.

part de l'accoucheur, pour les remplir vite et bien, de la sagacité, une prompte détermination et une grande habileté manuelle. Il tient dans ses mains le salut de deux êtres ensemble. Tous deux peuvent périr en un instant, s'il ne sait pas prendre résolûment le meilleur parti. Or, deux modes de traitement principaux sont à sa disposition, très-bons l'un et l'autre, à savoir : la *perforation immédiate des membranes*, si le cas est pressant, la perte abondante, — et le *tamponnement vaginal*, si l'hémorrhagie n'est encore que modérée et si l'on a le temps de se recueillir. Examinons successivement ces deux méthodes :

1° *Perforation des membranes.* — C'est la méthode dite de Puzos, bien qu'avant lui Mauriceau, Dionis et Deventer l'eussent mise en pratique. A la Clinique et à la Maternité, à Paris, elle est usitée et on se loue généralement de ses bons résultats. Là, on se sert pour l'exécution tout simplement du doigt, comme le faisaient Deventer, Gendrin et P. Dubois ; ce n'est que si le doigt paraît insuffisant qu'on a recours à une sonde, au cathéter utérin ou à un long trocart, comme le faisait Baudelocque.

Quand donc on arrive près d'une femme qui n'est qu'au début du travail, qui n'a qu'une légère dilatation du col et qui, cependant, perd déjà beaucoup de sang, assez pour inquiéter, il ne faut pas hésiter à rompre immédiatement les membranes. On pousse vivement le doigt dans le col jusque sur le placenta et l'on cherche à recon-

naître comment celui-ci est inséré ; s'il est inséré marginalement, on le décolle du côté où il paraît le plus mince pour arriver aux membranes qu'on déchire ; s'il est, au contraire, très-épais partout, ce qui indique une insertion centrale, on ne s'arrête pas pour cela, on l'attaque résolument, on le transperce avec le doigt et l'on crève les membranes. Les eaux s'écoulent et souvent la perte sanguine diminue de suite sensiblement. S'il en est ainsi, on laisse aller les choses. Sinon, on donne de 1 à 2 grammes de seigle ergoté, qui n'agira qu'un peu plus tard, et l'on tâche de modérer l'hémorrhagie en tamponnant le vagin rapidement avec n'importe quoi, jusqu'à ce qu'on juge, d'après l'intensité des douleurs, que la dilatation du col est assez avancée pour permettre l'introduction de la main dans l'utérus. Alors, on ait placer la femme en travers sur le bord de son lit, et l'on pratique la version podalique avec toute la célérité possible. Le seigle ergoté, qui *donné avant la rupture des membranes eût produit un effet détestable*, *eût augmenté la perte au lieu de la diminuer*, ici, au contraire, a été très-utile, en soutenant, renforçant même les contractions de l'utérus, et faisant revenir cet organe sur lui-même, au fur et à mesure de l'extraction de l'enfant. — Celui-ci sorti, il ne reste plus qu'à extraire le placenta, s'il n'est venu de lui-même, et à laisser la femme en repos, avec un bandage un peu serré sur le ventre.

Cette méthode, redisons-le, est bonne ; elle

réussit souvent, mais assez souvent aussi elle échoue, la rupture des membranes ne suffisant pas toujours à accélérer le travail, même quand elle est aidée de l'action du seigle. Aussi, pour peu qu'on ait le temps de se reconnaître et de préparer un tampon, lui préférons-nous la seconde méthode, celle du *tamponnement*.

2° *Tampon vaginal.* — Il serait bien difficile de dire à qui doit être attribuée la première idée de ce moyen par excellence d'arrêter les hémorrhagies par décollement prématuré du placenta prævia. Tout ce qu'on sait, c'est qu'à Leroux (de Dijon revient l'honneur de l'avoir généralisé. Aujourd'hui, il est adopté par tous les accoucheurs en France, en Allemagne, en Italie, et par une grande partie des praticiens anglais ; de ces derniers, il n'y a guère que Simpson (1) et Barnes qui soient restés froids vis-à-vis de lui.

Nous avons déjà dit de quoi devait se composer un vrai tampon, et comment on l'appliquait (V. *Hémorrhagie pendant la grossesse*, p. 297) ; nous n'y reviendrons pas. Nous dirons seulement que si, dans les pertes modérées, au commencement de la grossesse, le tampon n'a besoin que d'être médiocrement serré, il doit, au contraire, dans le cas présent, être serré, très-serré même, pour n'être pas insuffisant. A compter les trois étages

(1) Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique*, trad. par G. Chantreuil, 1874, p. 208.

réunis, c'est-à-dire les 15 ou 20 bourdonnets supérieurs, munis chacun d'un long fil, — les 25 ou 30 bourdonnets moyens, sans fils, — et les plumasseaux inférieurs, de remplissage, ce n'est pas moins, dans certains cas, de 500 à 700 grammes de charpie qu'on empile dans le vagin, pour remplir hermétiquement ce conduit, surtout chez une femme ayant eu déjà plusieurs enfants. Rappelons aussi que tous les bourdonnets des étages supérieur et moyen doivent être grassement imprégnés de cérat ou d'axonge ; — qu'avant d'introduire le spéculum, il faut *vider la vessie*, si elle ne l'est déjà ; — et qu'une fois le spéculum mis en place, avant de disposer les premiers bourdonnets à fils sur le col et dans ses culs-de-sac, il faut lancer sur ces parties plusieurs verres d'eau froide, pour les débarrasser des caillots qui y adhèrent et causer sur les orifices vasculaires béants, une astriction assez utile.

Si nous ne parlons que de charpie, d'ouate, d'étoupe, de morceaux de vieux linge ou d'amadou, comme matériaux du tampon, — et non du colpeurynter de Braun, du ballon de Gariel ou de celui de Chassagny, — c'est que nous ne trouvons pas que ces derniers puissent opposer le même obstacle à la sortie du sang. Derrière eux, assurément, le sang ne s'arrêterait pas et ne se coagulerait pas de la même façon, pour empêcher la continuation de l'hémorrhagie.

Mais ici se posent naturellement deux questions délicates : Combien de temps le tampon doit-il

rester en place ? et à quels signes reconnaître que le moment est rendu de le retirer, pour terminer l'accouchement ?

Quand on a affaire à une femme suffisamment forte, non épuisée, qui a sa poche d'eaux intacte, malgré des douleurs assez énergiques, et *chez laquelle l'enfant se présente bien*, — après l'avoir tamponnée exactement, on peut, dit M. E. Bailly (et ce serait aussi l'avis du professeur Pajot), ne pas toucher au tampon jusqu'à ce que les contractions utérines, qui ont augmenté de force peu à peu, soient devenues *expulsives*. Alors, si l'on s'aperçoit que la partie fœtale qui se présente pousse devant elle le tampon, on se garde bien de retirer celui-ci, on le retient, au contraire, avec la main, le soutenant pendant les douleurs, le refoulant même le plus possible quand les douleurs cessent. Évidemment, l'accouchement s'achèvera seul ; on administrera bien vite de 1 à 2 grammes de seigle ergoté, — qui aura ici le triple avantage de faire se rétracter la zone cervicale de la matrice, celle qui donne du sang, d'exciter le fond de l'organe à pousser le fœtus et de mettre à l'abri d'une nouvelle hémorrhagie par inertie utérine consécutive, — et l'enfant ne tardera pas à suivre le tampon. Après quoi on n'aura plus qu'à entraîner le délivre ou à l'aller chercher avec la main, s'il n'est déjà dehors, et à cintrer fortement le ventre de la femme.

Si, au lieu de cela, on ne voit pas le tampon descendre, malgré des efforts réellement expul-

sifs, on en conclut que l'accouchement ne s'effectuera pas seul, la partie fœtale qui se présente n'arrivant pas à s'engager d'elle-même dans l'excavation, on administre un peu de seigle ergoté, qui aura la triple avantage signalé plus haut, on enlève le tampon et l'on entreprend immédiatement la version. L'utérus vide, le ventre sera fortement cintré et la femme laissée en repos.

Mais, quand on est appelé dans des conditions tout autres, c'est-à-dire près d'une femme épuisée, qui a perdu ses eaux, dont le travail n'avance pas, et chez laquelle la présentation de l'enfant reste inconnue, ou, à plus forte raison, est reconnue mauvaise (tronc ou face), on doit, avec M. le professeur Depaul, tamponner ; — attendre que les contractions utérines soient assez énergiques pour faire supposer un certain degré de dilatation du col ; — détamponner, pour voir si la version est praticable, sans déchirure ni contusion du col (1); si elle l'est, la pratiquer immédiatement ; — si non, retamponner, — attendre encore 6 ou 8 heures s'il le faut, — et, dès que les douleurs ont pris le caractère décidément expulsif, — enlever définitivement le tampon et terminer l'accouchement le plus rapidement possible par la ver-

(1) Aujourd'hui, il est très-peu d'accoucheurs partisans de l'*accouchement forcé*, qui ne doit jamais être, en effet, qu'une opération d'absolue nécessité, applicable seulement quand les autres moyens sont restés impuissants et que la parturiente court le plus grand danger.

sion toujours, après avoir encore administré de 1 à 2 grammes de seigle ergoté. On n'a plus qu'à extraire le placenta, à cintrer la femme et à la laisser en repos, avec un traitement convenable.

Au total, dans l'une comme dans l'autre méthode, le tampon reste en place de 12 à 36 heures. Il y a seulement cette différence, c'est que M. E. Bailly le laisse ce temps-là sans y toucher, tandis que M. Depaul l'enlève et le réapplique au moins une fois, souvent deux et trois même. A ce sujet, du reste, il ne saurait y avoir de règle absolue à poser, puisque tout dépend de la marche plus ou moins rapide que le tampon imprime au travail.

Mais quelle est la meilleure de ces deux méthodes? Avec M. le Dr Charpentier, — dont nous engageons à lire, avec toute l'attention qu'il mérite, l'excellent mémoire sur les hémorrhagies puerpérales (*Archives de tocologie*, année 1874), — nous dirons qu'elles sont bonnes toutes deux, qu'elles prennent également bien les intérêts de la mère, mais que celle de M. Depaul prend un peu mieux, en même temps, les intérêts de l'enfant, puisqu'elle permet de le surveiller davantage et de venir à son secours avant le décollement complet du placenta.

On a dû remarquer que, pour terminer rapidement l'accouchement, en pareille circonstance, c'est à la version podalique et non au forceps, même dans le cas de présentation du vertex, que

nous conseillons de recourir. C'est que la version ainsi que nous le disons plus loin, faite par une main exercée, demande trois fois moins de temps qu'une application du forceps au détroit supérieur, et que, de plus, l'avant-bras de l'opérateur, qui remplit exactement l'orifice utérin, pendant que les doigts se livrent à la recherche d'un pied ou d'un genou, arrête ou modère tout au moins l'hémorrhagie, jusqu'à ce que le siége et le tronc de l'enfant viennent, et mieux encore, remplir le même office.

Telle est la pratique française, celle que nous avons adoptée et que nous conseillons de suivre. Nous dirons quelques mots de deux moyens étranges d'arrêter l'hémorrhagie en question, l'un dû à Radfort et que Simpson s'est approprié, l'autre dû au professeur Barnes.

Le moyen de Simpson (on devrait dire de Radfort, qui en a eu le premier l'idée) consiste à décoller entièrement le placenta avec la main, avant de pousser celle-ci plus loin pour opérer la version. Comme Radfort, Simpson avait eu à observer plusieurs cas où, le placenta ayant été expulsé avant l'enfant, l'hémorrhagie s'était arrêtée, et il en avait conclu que l'art n'avait rien de mieux à faire que d'imiter ce procédé de la nature (1). Mais, malheureusement, il s'étayait en cela sur une théorie fausse. Le sang ne s'écoulant

(1) Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique*, trad. par Chantreuil, p. 164.

pas du placenta, comme il le croyait (avec Levret, Hamilton et Kinder-Wood), mais bien des sinus utérins dans lesquels plongeaient les villosités choriales du placenta (Mackensie, Lee, Ashwell, Duncan, etc.), l'opération tendait tout bonnement à faire juste le contraire de ce qu'il fallait, c'est-à-dire à ouvrir la voie à l'hémorrhagie plutôt qu'à la fermer ; et, plongé qu'il était dans son erreur théorique, Simpson ne voyait pas que si la perte sanguine s'était arrêtée dans les cas où il avait décollé le placenta avant d'aller chercher le fœtus, comme dans ceux où la nature avait d'elle-même expulsé le placenta le premier, c'est qu'il y avait eu par bonheur, dans les deux circonstances, une forte et rapide rétraction des bords de l'orifice utérin, *rétraction qui est alors*, en effet, *l'hémostatique par excellence*. Mais, cette rétraction, est-ce que nous ne la produisons pas aussi bien, quand, pour faire la version, dès que le col est suffisamment dilaté, nous passons la main *rapidement*, soit à côté du placenta, s'il est *marginalement* inséré, soit au travers de lui, s'il l'est *centralement?* Le procédé de Simpson ne prend donc pas mieux les intérêts de la femme que le nôtre, et, comme il tue plus sûrement l'enfant, il ne saurait évidemment rester plus longtemps dans la pratique.

Quant au procédé de Barnes, il pourrait fort bien en être autrement, vu qu'il ne repose pas, comme le précédent, sur une erreur physiologique et que, dans certains cas, il peut aider beau-

coup à la dilatation si impatiemment attendue du col utérin. Ne mettant pas en doute que ce ne soit l'utérus et non le placenta qui donne le sang dans l'hémorrhagie par décollement du placenta *prævia*, et convaincu d'autre part que c'est ce qu'il appelle la zone cervicale de la matrice qui verse ce sang presque exclusivement, cet auteur donne le conseil suivant.

Si l'hémorrhagie se montre dès le début du travail, le col étant à peine entr'ouvert, il faut tamponner, administrer du seigle et attendre. Le tampon enlevé, au bout d'une heure ou deux, si la dilatation du col ne permet pas qu'on entreprenne la version, et si la perte compromet la vie de la femme, il faut perforer les membranes, donner une nouvelle dose de seigle, serrer fortement le ventre et attendre encore un peu, pour voir si cela suffira. Et, si cela ne suffit pas, si le sang coule toujours d'une façon inquiétante et si le col reste lent à se dilater, sans perdre plus de temps, *il faut introduire la main dans le vagin, puis porter un ou deux doigts aussi loin que possible entre l'utérus et le placenta, pour décoller circulairement celui-ci dans une étendue de* 6 *à* 7 *centimètres*, ce qui est à peu près le rayon de sa zone cervicale. On ouvre ainsi, sans doute, la voie à un nouvel écoulement sanguin, ce qui paraît irrationnel ; mais, comme on détruit les adhérences du placenta à l'utérus, adhérences qui gênaient la rétraction de ce dernier, et qu'on provoque cette rétraction de plus, par le frottement

même des doigts sur l'orifice utérin, le premier inconvénient de la manœuvre est largement compensé; bien souvent la zone cervicale se rétracte franchement, les bouches vasculaires qui donnaient se ferment, l'hémorrhagie s'arrête ou se modère beaucoup, et l'accouchement peut être livré à la nature. Il arrive pourtant que l'utérus reste inerte, quoi qu'on fasse pour l'exciter à se contracter. Dans ce cas on a recours à un dilatateur hydrostatique qu'on porte au-dessus de l'orifice et à l'aide duquel on dilate celui-ci artificiellement, jusqu'au degré voulu pour que la version puisse être entreprise, version qui doit être ici, du reste, faite *avec une juste lenteur*, de peur de violenter le col incomplétement ouvert et de causer à la femme plus ou moins épuisée un choc nerveux terrible.

Simpson, par son procédé, tuait presque inévitablement l'enfant; Barnes, par le sien, en respectant les adhérences d'une partie du placenta, laisse à l'enfant quelques chances de vie.

Quoi qu'il en soit, après la sortie du fœtus et du délivre, toute hémorrhagie cesse, *si l'utérus s'est bien contracté* et *reste contracté*. La surface d'insertion du placenta ne donne plus de sang. « On n'a jamais vu, dit Duncan, d'hémorrhagie « utérine, appartenant à la variété des hémorrha- « gies *post partum* ordinaires, se produire dans « un utérus en état de contraction générale et « modérée. Donc, ajoute-t-il, dans le cas d'hémor- « rhagie grave par décollement prématuré du pla-

« centa *prævia*, ce qu'il y a de mieux à faire, pour « tâcher de sauver l'enfant et la mère, ou tout au « moins la mère, c'est de modérer la perte par « un tamponnement bien fait, tant que le col n'a « pas une dilatation suffisante pour le passage de « la main, et, sitôt que cette dilatation est arrivée « à 7 ou 8 centimètres, ce qui est suffisant, de « pratiquer rapidement la version quelle que soit « la partie fœtale qui se présente. Ensuite, seigle « ergoté à assez haute dose et bandage de corps « serré. »

Enfin, dans le cas de *grossesse gémellaire*, si, après la naissance du premier enfant, il survenait une hémorrhagie assez considérable pour donner à penser que la masse des deux placentas est déjà décollée, il faudrait, — pour sauver le deuxième enfant menacé de périr exsangue avant d'être né, et pour préserver la mère elle-même d'un assez grand danger, — procéder immédiatement à l'extraction, par le forceps ou la version, de l'enfant qui reste encore dans l'utérus. Nous donnerions toutefois la préférence à la version, dans cette circonstance encore, parce qu'elle aurait l'avantage d'exciter la matrice, de réveiller ses contractions et de prévenir une inertie consécutive. On ferait même bien, toujours dans le même but, d'administrer du seigle ergoté un peu avant de procéder à l'introduction de la main, puis, sitôt la version terminée, d'appliquer sur le ventre de la femme un bandage fortement serré.

Moreau prétendait que, dans le cas de mort du

fœtus, si cette mort datait de quelques heures déjà, le décollement du placenta inséré sur le col ne pouvait donner lieu à une hémorrhagie inquiétante, parce que le fœtus ayant cessé de vivre, la circulation utéro-placentaire devait naturellement s'arrêter. Si l'expérience venait prouver que cette opinion est vraie, l'accoucheur devrait se garder de troubler la marche du travail, malgré la constatation par le toucher d'une vicieuse implantation du placenta, s'il arrivait, par l'auscultation, à demeurer convaincu que l'enfant a bien réellement cessé de vivre.

Renversement de l'utérus (introversion).

Dans un accouchement trop rapide, si le cordon est court et le placenta fortement adhérent au fond de la matrice, il peut très-bien se faire une introversion de ce dernier organe, au moment où l'enfant s'échappe au dehors. Mais c'est plus particulièrement sur des femmes ayant eu déjà beaucoup d'enfants, et accouchant debout par surprise (la brièveté du cordon et l'adhérence intime du placenta existant, bien entendu), qu'on a eu à observer ce genre d'accident.

Le *diagnostic* est des plus faciles; car il suffit de jeter un coup d'œil vers la vulve, pour y constater la présence de la matrice renversée et souvent encore recouverte du placenta adhérent.

Le *pronostic* est grave, parce qu'il y a à craindre,

au moment où le placenta se décollera, une hémorrhagie qui sera peut-être foudroyante.

Quant au *traitement*, il n'y a qu'une seule indication, *réduire l'organe introversé le plus tôt possible*. Mais faut-il décoller le placenta avant de réduire l'utérus, ou après l'avoir réduit? — Les auteurs sont en désaccord à ce sujet. Cependant, on peut dire que ce qu'il y aurait de plus sage serait de réduire le tout ensemble, quand c'est possible, afin de diminuer les chances d'hémorrhagie ; par conséquent, de ne décoller préalablement le placenta, pour réduire ensuite l'utérus immédiatement, qu'autant qu'on ne peut faire autrement. Pour repousser, du reste, cet organe en dedans de lui-même, on se servirait de la main ou du *bâton-repoussoir* de M. Depaul. Il va sans dire qu'il ne faudrait garder au dehors l'utérus introversé, que lorsqu'il serait absolument impossible de le réduire.

Déchirure du périnée.

Nous avons dit les précautions à prendre dans le but de prévenir la rupture du périnée, vers la fin du travail ; mais, — soit que la femme accouche seule en cédant trop au besoin de *pousser*, — soit que la sage-femme qui l'assiste lui donne intempestivement du seigle ergoté, — soit, enfin, que le périnée ait une rigidité extraordinaire qui nécessite l'emploi du forceps, — cette rupture est encore très-fréquente.

Elle peut, d'ailleurs, se produire à trois degrés

différents : 1° n'atteindre que la fourchette ; 2° entamer le périnée, plus ou moins, sans aller pourtant jusqu'à l'anus ; 3° s'étendre jusqu'à cet orifice et faire, par conséquent, de la vulve et de l'anus une seule ouverture.

Dans le premier cas, qui est très-commun, — et, du reste, insignifiant, — on n'a rien de particulier à prescrire ; avec quelques soins de propreté, la petite plaie guérira parfaitement et en peu de jours.

Dans le deuxième cas, qui est encore assez commun, il n'en est pas tout à fait ainsi ; il faut faire un ou deux points de suture ou appliquer deux ou trois serres-fines, *de suite*, pendant que la plaie est toute fraîche, et prescrire à la femme de rester couchée sur le côté, de ne point écarter les jambes, d'uriner *à quatre pattes*, et de se tenir propre. Pour être sûr qu'elle n'écartera pas les jambes sans le vouloir, durant son sommeil, par exemple, on fera même bien, comme le recommande M. Pajot et comme nous le faisons toujours, de lui tenir les genoux rapprochés au moyen d'une bande ou d'un mouchoir. Les fils ou les serres-fines sont enlevés du 3e au 4e jour, et l'on trouve alors, généralement, les lèvres de la plaies réunies par une cicatrice linéaire, qui sera si solide, plus tard, qu'elle résistera au passage d'un nouvel enfant.

Enfin, dans le troisième cas, le plus sérieux, mais le plus rare heureusement, il y a à donner *immédiatement* à la femme les mêmes soins que

tout à l'heure : trois ou quatre points de suture, aidés du rapprochement des genoux, du coucher sur le côté, de la précaution indiquée pour prévenir le passage des urines sur la plaie, et de grands soins de propreté; — et, si ces moyens échouent, ainsi qu'on le voit trop souvent, hélas ! il y aura à tenter *plus tard*, — quand l'écoulement lochial aura cessé, que l'état puerpéral, qui dispose tant à toute espèce d'inflammation, aura disparu et que la femme sera, en un mot, rendue complétement à la santé (Roux et Velpeau), — à tenter, disons-nous, une véritable opération, la *périnéoraphie*.

Cette opération consiste à rafraîchir avec le bistouri les bords plus ou moins cicatrisés de la rupture, et à les tenir ensuite rapprochés aussi exactement que possible, du fond à la superficie, au moyen d'une double suture, suture *enchevillée* pour rapprocher la base des deux lèvres, — et suture *à points séparés* pour rapprocher la peau et la couche cellulo-adipeuse sous-jacente. C'est là, en réalité, une véritable opération, très-douloureuse, même assez souvent dangereuse ; — et cependant il faudra de toute nécessité y recourir ; car on ne peut pas consciencieusement laisser la femme avec une semblable infirmité, qui ne compromet pas sans doute directement son existence physique, mais qui compromet énormément son existence morale, en la rendant un objet de dégoût pour son mari et pour elle-même.

Il y a encore un genre tout particulier de rup-

ture du périnée dont nous n'avons rien dit jusqu'à présent, et qui, pourtant, est bien intéressant : c'est la déchirure *centrale*. — Sur une femme à sacrum très-oblique et avec cela presque sans courbure, le vertex, une fois arrivé au bas de l'excavation, porte principalement sur la partie moyenne du périnée ; et, alors, pour peu que la vulve soit rigide et l'utérus énergique dans ses contractions, la cloison se déchire *centralement*, s'ouvre sous forme d'une grande boutonnière et livre passage au fœtus, sans pourtant que la fourchette ni la marge de l'anus soient endommagées. La plaie est bien vaste, et cependant elle n'offre pas la moindre gravité.

Pour en obtenir la cicatrisation prompte et solide, il suffit de faire coucher la femme sur le côté et le ventre un peu tourné par en bas, afin que les lochies aient le moins de tendance possible à passer par la déchirure ; puis, de la faire uriner *à quatre pattes*, de lui tenir les genoux rapprochés, et de panser la plaie tout simplement avec un gâteau de charpie maintenu par un bandage en T. Il serait bon aussi, en tenant le ventre libre, d'empêcher la malade de faire des efforts de défécation. Peut-être même serait-il avantageux de vider chaque jour la vessie par le cathétérisme. La guérison, disent les auteurs, se fait rarement attendre, en pareil cas, plus d'un mois ; on l'a vue même être complète en trois semaines, et cela n'a rien d'étonnant au bout du compte : car cette plaie, si grande au moment de l'accouchement, s'est ré-

duite, immédiatement après, à de très-petites dimensions et n'a eu aucune tendance à l'écartement ni au frottement de ses bords.

Le docteur Charpentier dit en avoir observé un cas, en 1875, alors qu'il était chef de la Clinique d'accouchements, et comme il a donné lieu à une conduite sagace de la part de cet habile praticien, nous allons le relater dans son entier : il servira d'enseignement.

Une femme jeune, 21 ans, primipare, entre en travail, et malgré une position *occipito-postérieure* de son enfant, arrive, en quatre heures, à sentir une forte pression sur le périnée. M. Charpentier soutient vigoureusement cette cloison et cherche à retenir la tête, à la reporter surtout en avant ; mais, quoique fort et épais, le périnée cède et se fend, sous sa main, au centre même, entre la fourchette et l'anus. La plaie, d'abord limitée, semble bientôt vouloir s'étendre vers l'anus de préférence, sous l'influence de nouvelles douleurs, toujours très-fortes ; et alors l'accoucheur n'hésite pas : il s'arme d'un bistouri et réunit la déchirure à la vulve. Aussitôt, la tête s'échappe et le sphincter anal reste intact. Eh bien, sur cette vaste déchirure, le docteur Charpentier ne place aucun point de suture ; il se contente d'appliquer dessus des gâteaux de charpie imbibée de vin aromatique et de tenir les genoux exactement rapprochés. Le 4e jour, la plaie était réunie partout sauf un petit point au niveau de la fourchette,

et le 13e jour la cicatrice était complète, linéaire et solide, au-dessous d'une vulve de dimensions ordinaires.

Éclampsie.

L'éclampsie que nous avons vu pouvoir surgir dans le cours de la grossesse, éclate bien plus souvent au moment de l'accouchement. Sur 316 cas d'éclampsie, Schröder en compte 62 pendant la grossesse, 190 pendant le travail et 64 pendant les suites de couches, généralement dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement.

Il n'y a guère, nous l'avons dit, que les primipares qui en soient atteintes, et ordinairement celles dont la matrice est fortement distendue, dont les jambes sont œdématiées et les urines albumineuses.

Quelquefois l'accès survient subitement, sans que rien l'ait annoncé ; d'autres fois, il a été précédé de certains phénomènes pouvant faire prévoir son arrivée, et ces prodromes sont : de l'agitation, des spasmes, des douleurs de tête, des envies de vomir, des bourdonnements d'oreille, et des troubles singuliers de la vue, des éblouissements surtout. Si la femme les accusait, il faudrait se méfier, ne pas la quitter et se tenir sur ses gardes. Chez une de nos clientes, tout récemment, nous avions la plupart de ces signes prodromiques, quand le travail était déjà en train, la dilatation du col au

tiers environ, et cependant nous nous sommes laissé surprendre par un accès violent suivi de trois autres plus violents encore, avant que nous ayons pu terminer l'accouchement par le forceps. Avec un peu plus de perspicacité, nous fussions resté près de la malade, et, après le premier accès passé, nous eussions pris nos mesures pour atténuer autant que possible la violence des accès à venir par des inhalations chloroformiques, un lavement au chloral ou une injection hypodermique à la morphine, et aussi pour empêcher la langue d'être mâchée sur ses bords comme elle l'a été avant notre retour.

Quant au traitement, voici, d'après nous, ce qu'il devrait être.

L'expérience ayant démontré, d'une part, qu'une femme prise d'éclampsie durant le travail n'a de chances de guérir qu'autant qu'elle accouche avant d'avoir eu une vingtaine d'accès, — d'autre part, que si elle en a eu seulement une dizaine, on ne peut guère compter sur la vie de l'enfant, — il faudrait, tout en s'occupant immédiatement de faire placer entre les mâchoires deux coins de bois garnis de linge, pour préserver la langue d'horribles morsures, il faudrait, disons-nous, si la femme est vigoureuse, lui pratiquer de suite une bonne saignée du bras, pour combattre l'état congestionnel du cerveau (Depaul) (1) ; puis la soumettre aux inhalations anesthésiques (Danyau, P. Dubois, Pajot, etc.), mais *poussées assez loin*

(1) C'est à tort que Trousseau condamne, en pareil cas,

pour paralyser les muscles volontaires (nous avons dit, ailleurs, pourquoi ; voir p. 117) et, de plus, *continuées longtemps*, plusieurs heures s'il le faut, remettant le cornet en place sitôt qu'il y a un clignotement des paupières ou le moindre mouvement de déplacement du tronc ; — mais, en même temps, ne pas cesser de surveiller l'état du col utérin, pour, sitôt qu'il présente une dilatation suffisante (7 à 8 centimètres suffisent), rompre bien vite la poche des eaux, si elle est encore intacte, et terminer le plus rapidement possible l'accouchement par le forceps ou la version, suivant le cas. Car tout est là, dans l'évacuation utérine ; du moment, en effet, que l'utérus cesse d'être distendu, les convulsions diminuent d'intensité et bientôt même ne reparaissent plus.

Schröder redoute toute intervention obstétricale, avec l'idée que l'utérus déjà trop irrité n'a pas besoin de l'être davantage ; mais il a tort. Sans doute, nous nous rangerons pleinement de son avis pour condamner l'*accouchement forcé*, même aidé de débridements multiples du col (nous avons agi de la sorte une fois et la femme est morte) ; mais non pour proscrire, comme il le fait, l'introduction de la main, pour la version, et même l'application du forceps, dans la crainte que l'irri-

la *saignée* (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 5e édition, Paris, 1878, t. II, p. 201), sous prétexte qu'il y a déjà trop d'*aglobulie ;* ce moyen est le seul qui puisse remédier à la congestion des organes encéphaliques et pulmonaires.

tation de l'utérus qui en résulte ne ramène par action réflexe les accès convulsifs.

Peut-être la femme aurait-elle, en effet, à gagner à ce que, se bornant à la maintenir sous l'influence des anesthésiques, on la laissât accoucher seule ; mais l'enfant, lui, que gagnera-t-il à cette non-intervention, si ce n'est la mort ? Car, enfin, nous savons bien que plus les accès éclamptiques se répètent chez la mère, plus la vie de l'enfant est compromise, et que le danger pour lui est presque doublé par l'intoxication résultant d'une narcose trop prolongée chez sa mère.

Donc, dût-il en résulter, pour la mère, un accroissement dans la violence de quelques-uns de ses accès, il ne faudra jamais hésiter, dans l'intérêt de l'enfant, qui est bien quelque chose dans la balance, à intervenir par la version si elle est jugée facile ou par une application du forceps inoffensive.

Quoi qu'il en soit, peu d'heures après la délivrance, si la femme doit guérir, l'albumine disparaît des urines, quelquefois en deux ou trois jours, s'il n'y a pas de néphrite toutefois ; — l'œdème disparaît lui-même, en 8 ou 10 jours, et les suites de couches, sont en général, naturelles. La sécrétion du lait elle-même s'établit bien.

Il est fâcheux que le chloral, administré par la méthode hypodermique, produise si souvent des phlegmons plus ou moins graves; quand on n'a pas avec soi un aide capable de diriger les inhalations chloroformiques, et quand la malade ne peut re-

cevoir de chloral ni par la bouche ni par l'anus, il serait bien avantageux de pouvoir l'anesthésier par des piqûres si facilement praticables.

Il est vrai qu'on a toujours une ressource de ce genre dans les injections sous-cutanées à la morphine, plus inoffensives.

Schröder adopte celles-ci, parce qu'il trouve que les vapeurs de chloroforme, employées seules, demandent trop de temps, plusieurs heures parfois. « Or, dit-il, si l'on veut produire la « narcose plus rapidement, on peut commencer « avec le chloroforme, que l'on remplace plus « tard par la morphine en injections sous-cuta- « nées. Quant à la quantité de ce narcotique que « l'on devra employer, on n'en peut rien dire, « puisque la narcose doit être absolue, poussée « jusqu'à l'engourdissement complet des muscles « volontaires, et que, pour y parvenir, il faudra « des doses variables avec les individualités. »

Ce conseil nous plaît, nous le suivrions, à l'occasion, s'il nous était impossible de sacrifier à notre malade plusieurs heures de suite.

QUATRIÈME PARTIE.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES.

Version.

La *version* est cette opération par laquelle on se propose de ramener au détroit supérieur l'une ou l'autre des extrémités du fœtus. De là, deux espèces de version : l'une qui tend à ramener la tête au détroit, quand elle a fui vers l'une des fosses iliaques, c'est la version dite *céphalique ;* l'autre dans laquelle on va saisir les pieds du fœtus pour lui faire faire la culbute et l'extraire par le pelvis, c'est la version dite *pelvienne* ou *podalique*, la vraie version.

Les anciens, pénétrés de cette fausse idée que l'accouchement ne pouvait se terminer d'une manière entièrement satisfaisante que si le vertex se présentait le premier, n'admettaient que la version *céphalique:* d'Hippocrate à Celse, elle est seule conseillée.

Mais Celse démontre que par la version *podalique* on peut aussi avoir l'enfant bien vivant, et, de ce moment, on commence à juger rationnelle

cette nouvelle opération. Vient enfin A. Paré, qui, — dans un livre intitulé : *Manière d'extraire les enfants du ventre de leur mère*, 1573 (1), — établit nettement les règles de la version podalique et la fait passer complétement dans la pratique. Alors, la version céphalique est à peu près abandonnée. Flamand, Osiander et Wigand (2), au XVIIIe siècle, cherchent bien à la faire revivre ; mais ils n'y réussissent point. Elle ne mérite pourtant pas la réprobation dont l'ont couverte Baudelocque, madame Lachapelle (3) et la plupart des accoucheurs du commencement de ce siècle ; car, comme s'attachent à le prouver quelques praticiens distingués de Paris, M. Mattei entre autres, elle peut rendre service dans quelques circonstances. Aussi ne la passerons-nous pas tout à fait sous silence.

Version céphalique.

La *version céphalique* consiste, nous l'avons dit, à ramener la tête au détroit supérieur, quand elle s'en écarte pour laisser la place à l'une ou l'autre épaule. Elle n'est qu'une imitation de ce que fait la nature à elle seule, dans certains cas de présentation du tronc.

(1) Paré, *OEuvres complètes*, édition Malgaigne, Paris, 1840, t. II, p. 633.

(2) Wigand, *De la version par manœuvres externes, et de l'extraction du fœtus par les pieds*, traduit de l'allemand par le docteur Herrgott. Paris, 1857.

(3) Lachapelle, *Pratique des accouchements*. Paris, 1825.

Quoi qu'en aient pu dire ses partisans exagérés, elle n'est possible qu'avant la rupture des membranes, et quand il y a une assez grande quantité de liquide amniotique. Alors, le fœtus conserve une certaine mobilité dans la matrice, et il n'est pas irraisonnable de penser que, sous l'action de pressions extérieures bien combinées, il puisse être modifié dans sa position. — Mais il n'en est plus ainsi une fois la poche crevée et les eaux en grande partie écoulées; la rectification de la position du fœtus par de simples manœuvres *extérieures* est, dans ce cas, à peu près impossible; et, d'ailleurs, il y a alors mieux à faire dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

On peut donc, en résumé, tenter la version céphalique quand les membranes sont encore intactes, que rien ne presse, qu'il n'y a aucun accident nécessitant une intervention plus active, que la femme n'a pas des parois abdominales trop épaisses, et qu'on reconnaît ou soupçonne fort une présentation de l'épaule ou une présentation très-inclinée du sommet.

La version céphalique, en un mot, ne doit jamais être pratiquée que pour améliorer la présentation, mais jamais pour favoriser l'extraction, parce que la tête qu'on amène, par elle, au détroit supérieur, ne se prête pas à une extraction immédiate. On ne doit donc pas songer à cette version, si une circonstance quelconque rend nécessaire la terminaison prompte de l'accouchement (Schröder).

Pour opérer, la femme étant couchée, on la fait se placer sur le côté gauche si la tête de l'enfant est à droite, et *vice versâ*, et, avec les deux mains dont l'une refoule la tête vers le centre du détroit supérieur, tandis que l'autre relève le siége, on tâche d'arriver à ce que l'on désire. On n'y arrive pas à beaucoup près aussi souvent que les partisans de la méthode l'ont prétendu, mais on y arrive réellement *quelquefois* (P. Dubois, Pajot, Depaul, etc.), et c'est assez pour que ce genre de manœuvre ne soit pas entièrement proscrit.

Quoi qu'il en soit, si par hasard on aboutissait ainsi à ramener la tête en bonne position, il faudrait tâcher de l'y maintenir jusqu'à dilatation assez avancée du col, et, alors, pendant que d'une main on appuierait fortement sur le fond de l'utérus, crever bien vite la poche des eaux, pour que la tête s'engageât dans le détroit supérieur et y restât fixée. Mais si, par le toucher, on s'assurait, une fois la poche rompue, que la tête a encore fui, on devrait se décider à pratiquer immédiatement la *version pelvienne*, pendant qu'il y a dans l'utérus de l'eau en quantité suffisante.

Les bandages les mieux faits, appliqués dans le but de fixer le fœtus dans la position qu'on lui a donnée, en attendant la dilatation du col, ne valent rien (P. Dubois) et ne peuvent pas, du reste, être supportés plus de quelques instants, à moins d'une patience et d'un courage extraordinaires de la part de la femme. C'est donc avec les mains seulement que l'accoucheur doit chercher à fixer l'en-

fant où il l'a ramené, jusqu'à ce que le col soit dilaté et la tête engagée au détroit supérieur. — Après tout, comme la version céphalique a pour but de ménager tout particulièrement l'enfant, en le faisant se présenter par le sommet, qui est le mode de présentation le plus favorable pour lui, il est évident qu'on n'ira pas songer à cette opération, si l'on sait le fœtus mort.

Version podalique ou pelvienne.

La *version podalique*, qui est à peu près la seule usitée de nos jours, consiste à aller chercher les pieds de l'enfant, avec la main introduite tout entière dans la matrice, et à les faire descendre les premiers.

Elle est d'abord, nous l'avons déjà dit bien souvent, l'unique indication dans le cas de présentation du tronc. Mais elle est indiquée aussi toutes les fois qu'un accident grave (hémorrhagie, éclampsie, etc.) menace la vie de la mère ou de l'enfant, et qu'on est fondé à croire que le danger peut disparaître par la prompte terminaison de l'accouchement. Si la tête se présentait bien au détroit supérieur, on pourrait peut-être hésiter entre la version pelvienne et le forceps; mais lorsqu'on sait qu'une application de forceps au détroit supérieur ne demande pas moins d'un quart d'heure, tandis que la version, faite par une main habile, peut ne prendre que cinq minutes, — s'il y a une hémorrhagie ou des accès d'éclampsie

menaçant sérieusement la mère ou l'enfant, — on n'hésite plus et l'on fait choix de la version. S'il n'y avait pas d'accident pressant, ce serait, au contraire, au forceps qu'on devrait donner la préférence, parce qu'*il prend mieux, en général, les intérêts de l'enfant, sans nuire davantage à la mère.* En effet, la version, qui serait une opération facile et peu dangereuse (1 enfant mort sur 5, et 1 femme morte sur 20), si on la faisait alors que les membranes viennent de se rompre, la dilatation du col étant achevée, et alors que la matrice contient encore beaucoup d'eau, — est, au contraire, une opération très-difficile et très-dangereuse, quand elle est faite alors que les membranes sont rompues depuis plusieurs heures, et que l'utérus est vide d'eau, ou à peu près, et fortement rétracté sur le fœtus. Or, c'est là le cas le plus ordinaire. Excepté la présentation de l'épaule, qui peut être reconnue dès que le travail est tant soit peu avancé, les présentations vicieuses de l'enfant peuvent rester assez longtemps mal déterminées, même après la rupture de la poche; et alors on attend, avant d'intervenir, pour voir si les contractions utérines ne suffiront pas à corriger le vice de présentation. Or, en attendant, on laisse nécessairement l'utérus se vider du liquide amniotique et revenir fortement sur lui-même; et s'il faut en venir enfin à la version, on la fait, conséquemment, dans de mauvaises conditions; il mourra, alors, 1 femme sur 10, et pas moins de 1 enfant sur 2.

Dans la version difficile, l'enfant meurt habi-

tuellement d'asphyxie, par suite de la compression du cordon, ou du décollement prématuré du placenta, ou encore d'un arrêt dans la circulation inter-utéro-placentaire; et la femme, par suite d'ébranlement nerveux, de fatigue et de douleurs extrêmes, — ou par suite de péritonite consécutive.

Il est trois conditions sans lesquelles la version podalique ne peut être entreprise, du moins avec espoir de succès :

1° Il ne faut pas qu'il y ait de disproportion sensible entre le volume du fœtus et les diamètres du bassin, soit que cette disproportion vienne du fœtus seul, comme dans le cas d'hydrocéphalie, soit qu'elle vienne de la mère seule, comme dans le cas d'étroitesse du bassin. Car il faut d'abord que la main de l'accoucheur puisse parvenir dans l'utérus; or, si le rétrécissement est au-dessous de 8 centimètres et dépasse à peine 7 centimètres, la main aura bien de la peine à passer. C'est dire que dans les rétrécissements au-dessous de 7 centimètres, en dehors de l'ostéomalacie bien entendu, il n'y a pas à songer à la version podalique. — Mais rappelons-nous bien que le rétrécissement du bassin dit *oblique-ovalaire* fait quelquefois exception à la règle, puisque, — si toutefois la tête du fœtus se présente au détroit supérieur, l'occiput tourné vers le côté étroit du bassin de la mère, — ce rétrécissement commande la version, au lieu de la contre-indiquer.

Rappelons-nous aussi que certains bassins ostéo-

malaciques, quoique en apparence très-rétrécis et très-déformés, permettent l'accouchement naturel et dès lors ne mettraient point obstacle à la version.

Si un certain degré de disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions du petit bassin rend la version pelvienne si dangereuse pour l'enfant et même pour la mère, c'est qu'il est presque impossible que les moindres tractions que l'on exercera sur l'enfant ne fassent pas *défléchir* la tête au détroit supérieur, d'où, le plus souvent, la nécessité de recourir à la céphalotripsie. — Dans le cas de présentation du sommet, le même degré de disproportion entre les dimensions de la tête du fœtus et celles du bassin n'a pas du tout les mêmes conséquences; la tête, arrivant fortement fléchie, finit presque toujours par franchir le point rétréci de l'excavation, pourvu toutefois que l'utérus se maintienne énergique dans ses contractions.

2° Il faut que l'orifice de la matrice soit dilaté ou pour le moins dilatable, puisqu'il est nécessaire d'introduire la main tout entière dans cet organe, et que cette main n'est pas beaucoup moins volumineuse que la tête de certains fœtus.

Si le col n'est pas suffisamment dilaté, on aura à redouter plusieurs accidents : d'abord, au moment de l'introduction de la main, le froissement, la contusion et peut-être même la déchirure des bords de l'orifice utérin; — puis, le tronc du fœtus une fois engagé, le redressement presque

infaillible des bras le long de la tête ; — et, ce qui est plus grave, la rétraction du col de l'utérus sur le cou de l'enfant. Or, s'il est facile, en général, dit le Dr Charpentier, de triompher du redressement des bras, il est loin d'en être ainsi de la rétraction de l'orifice utérin sur le cou de l'enfant: celui-ci, en effet, dont le tronc est dégagé, fait souvent déjà des efforts inspiratoires qui attirent dans ses bronches du liquide amniotique plus ou moins impur, d'où son asphyxie rapide et la plupart du temps irrémédiable.

On reconnaît, dit très-bien le Dr Pinard, que le col utérin est doué de *dilatabilité*, quand on en sent les lèvres épaisses, mais molles et extrêmement souples, et quand en pressant sur leur circonférence, avec la pulpe du doigt, on les dilate avec une grande facilité, comme on le ferait pour un ruban de caoutchouc. Or, cette dilatabilité se rencontre surtout, ajoute M. Pinard, quand l'orifice a été préalablement dilaté par la poche des eaux; — celle-ci rompue, si la partie fœtale ne descend pas pour maintenir l'orifice ouvert, il se resserre, mais en restant *très-dilatable*.

3° Enfin, il ne faut pas que la partie fœtale qui se présente, tête ou épaule, soit trop profondément engagée dans l'excavation, et, si c'est la tête, qu'elle ait franchi le col utérin. Si elle n'était que peu engagée dans le haut du petit bassin, sans avoir franchi, bien entendu, l'orifice utérin, et si elle était encore mobile, on pourrait peut-être réussir à la repousser au-dessus du détroit supé-

rieur, bien qu'il y ait à cela, généralement, de grandes difficultés. Mais, si elle avait franchi le col de l'utérus, même sans avoir dépassé le détroit supérieur, on ne parviendrait certainement pas à la refouler dans la cavité utérine, — comme il le faudrait, cependant, pour pouvoir glisser sa main dans cette même cavité, — et, dès lors, ce serait au forceps qu'il faudrait de toute nécessité recourir.

Si, au contraire, c'est l'épaule qui se présente, les conditions ne sont plus du tout les mêmes. D'abord, l'engagement est bien plus difficile, en raison de la conformation de cette partie; et il est, dès lors, bien rare que les contractions de la matrice soient assez énergiques et assez prolongées, et le fœtus assez petit et assez souple, pour que l'orifice utérin soit franchi par le fœtus plié en double. Presque toujours il n'y a que l'épaule d'engagée dans l'orifice, que le bras pende ou non dans le vagin. Il faut que le bras soit tout entier hors de la vulve, pour qu'on suppose le tronc de l'enfant engagé dans l'excavation au point de mettre obstacle absolu à la version. Non-seulement, alors, la main aurait les plus grandes difficultés à arriver même au niveau de l'orifice utérin, mais encore le refoulement de l'épaule ne se ferait pas sans rupture des parois du canal génital, soit au niveau du vagin, soit au niveau de l'utérus (A. Pinard) (1).

(1) Ad. Pinard, *Des contre-indications de la version*. Paris, 1875. Thèse de concours pour l'agrégation, 1875.

Du reste, il ne faut pas perdre de vue que plus il y aura d'eau dans la matrice, au moment où l'on entreprendra la version, plus on aura de facilité à aller à la rencontre des pieds du fœtus et à faire faire à celui-ci sa culbute. Et, à ce propos, il il est bon qu'on sache que Schröder, dans le cas de présentation du tronc reconnue de bonne heure, *avant la rupture des membranes,* pense qu'on pourrait demander au colpeurynter de Braun (V. *fig.* 157) ou à tout autre ballon de caoutchouc du même genre, à remplir d'eau ou d'air, un service particulier assez important, qui serait de soutenir la poche des eaux par une contre-pression, de façon à l'empêcher de se rompre trop tôt, — effet presque sûr, ajoute Schröder, qui a usé de ce moyen plusieurs fois avec succès.

Soins préliminaires.

L'opération étant décidée, on prévient la femme que son enfant ne se présente pas tout à fait comme on le désirerait et qu'on a besoin de modifier un peu sa position. On ne lui dit donc pas, à elle, tout ce qu'on va faire ; mais on ne cache rien aux parents ou amis qu'on a su attirer à part, un instant, pour cette communication. De peur qu'ils ne vous accusent plus tard de maladresse, s'il survient des accidents, on leur dit nettement que c'est une opération véritable qu'on va entreprendre et une opération qui a ses dangers, non-seulement pour l'enfant, mais encore pour la mère, —

tout en ayant bien soin, d'un autre côté, de la déclarer indispensable.

Si par hasard, ce qui se rencontre assez souvent, la femme, découragée par tout ce qu'elle a déjà souffert, paraissait ne pas vouloir se soumettre à ce qu'on lui propose, objectant qu'elle aime mieux mourir que d'avoir à supporter des douleurs plus atroces encore que les précédentes, — il faudrait lui parler de son enfant, du danger que court ce pauvre petit être, qui est encore plein de vie, mais qui va sûrement périr, si l'on ne termine bien vite l'accouchement, — et il est plus que probable qu'on la ferait ainsi consentir à tout : bien peu de femmes, en effet, fermeront longtemps l'oreille à un pareil argument.

Le consentement obtenu, on s'occupe de *vider*, — si c'est nécessaire, bien entendu, — *le rectum et la vessie*, le premier par un lavement, la seconde par la sonde.

Puis, on prépare ce qu'il faut : 1° pour ranimer l'enfant s'il naît asphyxié (eau chaude, eau froide, eau-de-vie, plume avec ses barbes et tube laryngien); — 2° pour couper, lier et panser le cordon (ciseaux, fils cirés, petit linge cératé, compresse et bandage de corps) ; — 3° pour l'opération elle-même (cérat ou saindoux, lacs et deux ou trois serviettes de linge fin et à demi usé); et l'on tient enfin près de sci son forceps tout prêt, en cas de besoin.

Cela fait, on s'occupe de mettre la femme dans la position la plus convenable. En France, celle

que nos maîtres préfèrent est la suivante : la femme est placée en travers sur son lit, dont un des bords est appuyé contre un mur ou une armoire ; plusieurs oreillers sont accumulés derrière son dos, de manière à tenir le haut du tronc un peu élevé, — pendant que le sacrum, qui doit correspondre au bord du lit, est lui-même relevé au moyen d'un coussin un peu résistant, ou tout bonnement d'un drap replié plusieurs fois sur lui-même. Glisser, en outre, une planche ou un grand registre entre les deux matelas, au point correspondant à celui sur lequel repose le siége, est même une très-sage précaution (Depaul). *Il faut,* en effet, pour que l'opérateur ait toute liberté de manœuvre, *que la vulve soit complétement en dehors du lit et que le sacrum soit tenu un peu relevé.* Les membres inférieurs, — recouverts, du reste, chacun d'un drap, pour ménager autant que possible la pudeur de la femme, — sont modérément fléchis, les pieds appuyés sur deux chaises, et maintenus écartés par deux aides placés en dehors. Si la femme est indocile, deux autres aides sont chargés de la retenir en place. Et si elle est intraitable, comme il s'en rencontre de temps à autre, un confrère est appelé et chargé de la soumettre aux inhalations de chloroforme jusqu'à résolution musculaire.

A la clinique d'accouchements de Paris, les aides qui sont chargés de maintenir les membres inférieurs modérément fléchis et écartés sont assis, en dehors de ces membres, vis-à-vis l'un de

l'autre. De la main qui regarde la tête de la femme, ils tiennent la cuisse en abduction, et, de l'autre, le pied solidement appuyé sur leur genou. Le drap qui recouvre chaque membre et qui pend jusqu'à terre, par-devant les jambes de ces deux aides, préserve ceux-ci suffisamment de toute souillure. En outre, pour que les liquides qui vont s'échapper de la vulve n'éclaboussent pas l'accoucheur, on a soin, comme le prescrit sagement Chailly (1), de glisser sous le siége de la femme l'extrémité d'une alèze dont l'autre extrémité va former sur le sol une masse de plis irréguliers.

La femme et les aides étant ainsi placés, on met habit bas et on retrousse sa manche de chemise jusques au-dessus du coude ; on se fait attacher devant soi un grand tablier, ou, à défaut, une nappe tombant jusqu'à terre; on place près de soi les serviettes demi-usées dont on aura bientôt besoin, soit pour s'essuyer les mains, soit pour envelopper l'enfant au fur et à mesure qu'il sortira ; et, après avoir pratiqué le toucher de nouveau, pour être bien sûr que la position du fœtus n'a pas changé, on se graisse *le dos de la main qui va opérer*, et même tout le poignet, de cérat, d'axonge ou d'huile.

Mais de quelle main va-t-on se servir ? par quelle raison choisira-t-on la gauche plutôt que la droite, et *vice versâ* ? — Si l'enfant se présente par la tête

(1) Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 6e édition, Paris, 1878.

(vertex ou face), et si l'on a pu reconnaître au juste de quel côté du bassin se trouve tourné l'occiput, il n'y a pas d'hésitation possible ; la règle est celle-ci : *occiput à gauche, main gauche ; occiput à droite, main droite.* — Il y a, en effet, tout avantage, *dans les cas de présentation du sommet ou de la face, à introduire dans l'utérus*, pour faire la version, *la main dont la paume regarde naturellement le plan antérieur du fœtus.* — Mais s'il s'agit d'une présentation de l'épaule, on peut, au contraire, hésiter. Car, bien que la règle générale soit ainsi formulée : *épaule droite, main droite; épaule gauche, main gauche*, on peut très-bien, néanmoins, se servir de la main droite dans certaine position de l'épaule gauche, et *vice versâ.*

Nous dirons plus ; nous trouverions rationnel d'user de la main *gauche* de préférence dans le cas de 2e position de l'épaule *droite*, et de la main *droite* dans le cas de 1re position de l'épaule *gauche ;* et cela, pour éviter les mouvements de pronation ou de supination exagérés de la main qui va saisir les pieds. Du reste, il y aurait mieux encore à faire, ce serait de *se servir, quelle que soit l'épaule qui se présente, de la main la plus forte et surtout la plus exercée.* On aurait sans doute à forcer les mouvements de pronation ou de supination de l'avant-bras, quand la position des pieds l'exigerait ; mais, malgré cela, on arriverait encore bien plus facilement au but que si l'on entreprenait l'opération avec une main faible, peu exercée, et, par conséquent, maladroite.

Règles de la version.

Il y a trois temps distincts dans la version : l'introduction de la main dans l'utérus, l'évolution du fœtus et l'extraction de ce même fœtus. Or, il y a des règles à suivre dans chacun de ces temps ; examinons-les.

1er *Temps. Introduction de la main.* — La main que l'on doit introduire dans les parties génitales et qui a été graissée, comme nous l'avons dit, est disposée en cône avant d'être présentée à la vulve, et engagée dans celle-ci par pression combinée à de petits mouvements de rotation. Si la femme est primipare, la main peut trouver, à franchir l'orifice vaginal, une certaine difficulté, tenant à une réaction spasmodique du constricteur de la vulve ; dans ce cas, il faut savoir attendre quelques secondes et bientôt on sentira que la résistance est vaincue et que l'on peut continuer de faire cheminer la main vers l'orifice utérin. Mais, *dès qu'on sent cet orifice sous ses doigts, on s'empresse*, avant d'aller plus avant, *de porter l'autre main sur le fond de l'utérus* pour bien soutenir cet organe, l'empêcher de fuir et rapprocher un peu, en même temps, les pieds du fœtus de la main qui va à leur recherche. Ce placement d'une main sur le fond de la matrice, pendant la durée, non-seulement du premier temps de l'opération, mais encore du second, est, remarquons-le bien, un précepte de la plus haute importance et qu'il ne faut jamais

oublier de mettre en pratique, sous peine d'exposer le vagin à une déchirure grave.

Arrivée sur l'orifice utérin, la main cherche à

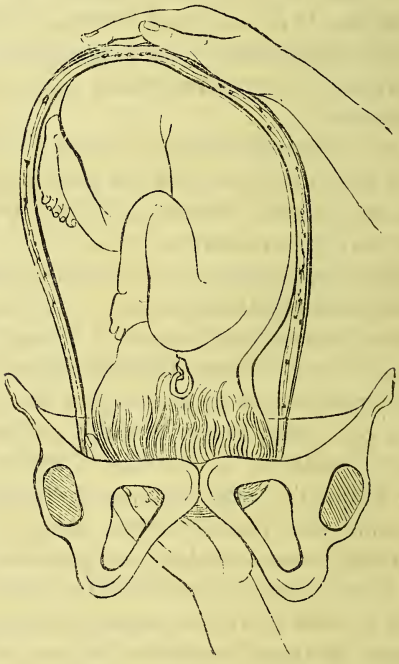


Fig. 105. — Premier temps de la version pelvienne. Introduction de la main.

bien reconnaître cet orifice, et ce n'est que lorsqu'elle est bien sûre d'être où il faut, que, les doigts étant plus que jamais disposés en cône, elle entre dans la cavité même de la matrice (*fig.* 105).

On choisit, du reste, pour l'introduction de cette main, successivement dans la vulve, dans le vagin et dans le col de l'utérus, un repos de ce dernier organe, autrement dit, un intervalle de deux douleurs, et non, comme le voulait A. Dubois, et naguère encore Nægelé, le moment même d'une douleur. A. Dubois croyait que de cette façon l'introduction de la main passerait inaperçue, parce que la femme rejetterait le tout sur la douleur naturelle ; mais il était, en cela, à côté de la vérité : le passage de la main à travers les parties sexuelles ajoute réellement aux douleurs qui sont inhérentes à la contraction de l'utérus, et la femme, qui après tout sent très-bien ce qu'on lui fait, attribue toutes ses souffrances à la manœuvre de l'accoucheur.

Quoi qu'il en soit, on doit, suivant P. Dubois, entrer dans l'orifice utérin *avec douceur*, sans doute, mais aussi *sans hésitation*, *sans tâtonnements ;* et, quand on l'a franchi, aller également sans hésitation jusqu'au fond de l'utérus. Lorsqu'on y est rendu, s'il survient une contraction, il est bon de s'arrêter, de garder sa main immobile, à plat, — pour reprendre ensuite ses recherches, une fois la douleur passée. Si l'utérus reste calme, au contraire, on ne s'arrête pas, et l'on procède de suite à la recherche des pieds ou des genoux. Et c'est encore ainsi qu'on agirait, malgré l'état de contraction de l'organe, s'il y avait une hémorrhagie ou des convulsions de nature à compromettre la vie ou de la mère ou de l'enfant.

« On devrait, dit Cazeaux, au moment où l'on « pousse la main dans le col, saisir avec cette main « la partie fœtale qui se présente pour la refouler « d'abord un peu au-dessus du détroit supérieur, « puis, pour la pousser vers l'une des fosses ilia- « ques, où elle serait ensuite maintenue par la « face antérieure de l'avant-bras. » — Mais dans combien de cas ce refoulement de la partie fœtale sera-t-il facile à exécuter ? M. Pajot ne semble pas lui donner la moindre importance, et il a raison ; car il est on ne peut plus rare que le fœtus soit encore mobile au moment où l'on entreprend la version ; et c'est ce qu'il faudrait, cependant, pour pouvoir opérer le refoulement prescrit par Cazeaux.

Enfin, lorsque la main est rendue au fond de la matrice (*fig.* 106), les doigts doivent se promener *doucement* et chercher les pieds ou les genoux : or, si l'on s'est bien orienté, ils ne peuvent guère manquer de rencontrer les uns ou les autres, ou au moins un pied ou un genou, ce qui suffit à la rigueur. « Il n'y a pas, disait P. Dubois, à se pré- « occuper de passer par tous les temps indiqués « dans les auteurs classiques ; il faut seulement, « même quand un bras du fœtus est dans le vagin, « engager sa main en rasant la face concave du « sacrum, la glisser avec douceur, dans un mo- « ment de calme, dans le col et de là dans la ca- « vité utérine, jusqu'au fond même de cette cavité, « et, là, chercher *de suite* du bout des doigts une « extrémité inférieure quelconque du fœtus, les

« deux à la fois, si c'est possible, pour les attirer « au dehors ; car, il *est important de ne pas trop « frotter de la main la face interne de la matrice,*

Fig. 106. — Main cherchant à saisir les pieds au fond de l'utérus.

« de peur de pousser celle-ci à des contractions « exagérées qui gêneraient énormément l'opéra- « teur. » On saisit donc ce que l'on peut, pour

l'amener immédiatement au détroit supérieur : les mouvements de la main introduite et l'évolution du fœtus sont bien plus faciles quand on sait agir vite, comme nous venons de le dire, que si, par des recherches prolongées et inintelligentes, on avait agacé le fond de l'utérus et suscité dans cet organe des contractions violentes.

On a dit que si les membranes étaient encore intactes quand on se décide à faire la version pelvienne, il fallait glisser la main entre elles et l'utérus, pour ne les perforer que plus haut, au moment où l'on sentirait les pieds sous ses doigts (Nægelé). Sans doute en agissant ainsi, on aurait l'avantage très-grand de pouvoir garder sa main plus libre dans un utérus plein d'eau et non encore rétracté ; mais, outre que ce décollement des membranes n'est pas toujours facile et qu'il peut prendre un temps précieux, il peut aussi avoir ses inconvénients. Les doigts, en effet, peuvent, sans le vouloir, aller décoller le bord correspondant du placenta et donner lieu à une hémorrhagie dangereuse, sinon pour la mère, du moins pour l'enfant. Il vaut donc mieux, imitant en cela M. Pajot, *rompre tout bonnement la poche des eaux au centre même de l'orifice utérin*, mais avec l'intention de pousser *de suite* la main vers les pieds du fœtus, — non en se donnant la peine de suivre le plan latéral et postérieur de celui-ci, comme on l'enseigne encore dans certains traités d'accouchements, — mais bien *par le chemin le plus court*. L'avant-bras, qui est conique, vient, si l'on sait

aller vite, remplir l'orifice utérin et s'opposer à l'échappement total des eaux.

En général, quand on ne rencontre pas les pieds ou les genoux dans le point où l'on pensait les trouver, d'après le diagnostic établi sur la présentation et la position, — c'est qu'on n'a pas pris soin de recourber suffisamment son avant-bras par-dessus les pubis et qu'on ne porte pas la main directement au fond même de l'utérus, plus oblique en avant qu'on ne le croyait. Dès que la main a commencé à pénétrer dans la cavité utérine, il faut donc ne pas oublier d'*arquer fortement l'avant-bras et le poignet dans le sens des axes réunis de la matrice et du petit bassin;* autrement, on n'ira pas où sont habituellement les pieds ; on en sera réduit à chercher longtemps peut-être, et, en cherchant, outre qu'on agacera sûrement l'utérus, il pourra se faire qu'on décolle prématurément le placenta, d'où mort pour l'enfant et danger même pour la mère.

Il est toutefois, il faut bien en convenir, des cas excessivement embarrassants, où les extrémités inférieures du fœtus sont si bizarrement disposées, qu'on ne les rencontre pas, bien que, cependant, on s'*oriente* convenablement. On peut, alors, suivre le précepte de Beaudelocque, retirer un peu sa main vers l'orifice utérin, puis la repousser doucement, *mais en suivant*, cette fois, *le plan latéral et postérieur du fœtus;* — et, au-dessus de la fesse, on ne peut guère manquer de trouver un pied quelconque.

Si l'on rencontre les deux pieds réunis sous ses doigts, on tâchera de les amener ensemble, car c'est réellement avantageux. Mais, pour peu qu'on y éprouve de la difficulté, on doit se contenter d'un pied ou même d'un genou. Nous dirons même, en passant, que c'est bien plus souvent un genou qu'un pied que l'on rencontre sous sa main ; mais qu'importe, puisque l'un vaut l'autre? — Quant à la manière dont il faut saisir les pieds, le pied ou le genou qu'on a rencontrés, il n'y a pas de règle à suivre, quoi qu'en puissent dire certains auteurs ; la vraie règle, la seule réellement pratique, c'est de *saisir ce qu'on peut* et de *le saisir comme on peut*, pourvu qu'on le saisisse *solidement* (Pajot).

2e *Temps. Évolution ou culbute forcée du fœtus* (*fig.* 107). Toujours est-il que lorsqu'on a bien saisi les deux pieds, ou un seul pied, ou un seul genou, on doit déplier lentement les membres ou le membre, et, en les attirant vers l'orifice utérin, forcer l'enfant à se pelotonner sur son plan antérieur et à faire la culbute : pendant que son extrémité pelvienne descend, sa tête remonte vers le fond de l'utérus.

C'est, du reste, comme pour le premier temps de l'opération, toujours *pendant un repos de l'utérus* qu'on fait faire au fœtus cette culbute; à moins, bien entendu, qu'il n'y ait quelques raisons particulières pour aller vite, auquel cas on fait évoluer le fœtus malgré l'état de contraction de la matrice.

Quelques auteurs conseillent, dans le cas où l'on n'aurait pu amener dans le vagin qu'un seul des membres inférieurs, « de bien s'assurer si

Fig. 107. — Deuxième temps de la version. Culbute forcée du fœtus.

« c'est l'antérieur, celui qui regarde les pubis ; ou « si ce n'est pas, au contraire, le postérieur, c'est-« à-dire celui qui regarde le sacrum, parce que la « conduite à tenir ne serait pas la même dans es

« deux cas ; attendu que si l'on tenait la jambe « *antérieure*, on pourrait terminer la version sans « s'inquiéter de l'autre; tandis que si c'était la « jambe *postérieure* qu'on eût saisie, il faudrait, « après avoir passé le nœud coulant d'un lacs au- « dessus des malléoles pour retenir le pied dans « le vagin, aller immédiatement à la recherche de « l'autre membre, pour le faire descendre égale- « ment, avant de continuer l'opération. » Mais telle n'est pas la manière de voir de MM. Chailly, Pajot et P. Dubois. *Quel que soit le membre inférieur saisi et entraîné vers la vulve, on peut très-bien*, disent-ils, *achever avec lui la version*. Seulement, si c'est le membre postérieur qu'on tient, *on aura soin de le saisir au ras de la vulve, et de tirer sur lui en le portant le plus en arrière possible, vers le périnée* (Pajot) ; autrement, il pourrait arriver que la fesse qui est en avant vînt s'arc-bouter sur les pubis et entraver la manœuvre d'une façon embarrassante. Cependant, il est bien rare que ce soit là un obstacle sérieux, si, lors même qu'on ne tire pas assez *par en bas*, on songe à imprimer au bassin du fœtus un léger mouvement de rotation, comme pour ramener le dos en avant, — mouvement de rotation que l'on obtient, du reste, assez facilement en agissant, d'une main, sur la jambe qui est déjà dehors, et, avec deux doigts de l'autre main introduits dans le vagin, sur la hanche antérieure de l'enfant.

Si l'on ne tient qu'un membre, on tirera donc sur lui jusqu'à ce que le siége soit à la vulve ; et,

alors, on engagera l'index d'une main dans le pli de l'aine de l'autre membre pour aider au dégagement des fesses et, en même temps, amener le dos à regarder un peu en avant. Mais *jamais on ne cherchera à étendre le membre qui est resté relevé sur le plan antérieur du fœtus;* car, dans cette position, ce membre n'aura pas plus à souffrir qu'il ne souffrirait dans la manœuvre entreprise pour aller le chercher ; et, bien mieux, il rend deux services importants : celui, d'abord, de laisser l'extrémité pelvienne un peu plus grosse et partant plus propre à préparer l'orifice utérin au passage de la tête, et, ensuite, celui de préserver plus sûrement de toute compression le cordon ombilical, qui pourra se placer à côté même de la jambe relevée et échapper à l'action du col, au moment où le thorax et la tête s'engageront dans cet orifice.

S'il n'y a, dit Schröder (1), aucune indication d'urgence, là pourrait s'arrêter l'opération, qui ne serait plus, qu'une *simple version évolutive* ; on livrerait l'expulsion à la nature, comme si de prime abord, on eût eu affaire à une présentation du siége. Deleurye agissait souvent ainsi. Il enseignait du moins, dans ses cours, que la version devait être, dans maintes circonstances, toute l'opération, qu'elle n'avait pas toujours besoin d'être suivie de l'extraction. Mais cette pratique ne

(1) Schröder, *Manuel d'accouchements*. Traduit par Charpentier, Paris, 1875.

doit guère être en vigueur, chez nous, aujourd'hui. Nous ne connaissons pas du moins un seul d'entre nos maîtres-accoucheurs actuels qui, quand il a amené les pieds ou un seul pied seulement de l'enfant à la vulve, ne complète pas immédiatement l'opération par l'extraction.

3e *Temps. Extraction du fœtus* (*fig.* 108). — Dès que les pieds ou le pied qu'on est allé chercher au fond de l'utérus sont hors de la vulve, on les enveloppe d'un linge souple et sec, serviette ou mouchoir, — on les saisit, ainsi enveloppés, *à pleine main* et non du bout des doigts, et on tire sur eux *doucement et sans brusquerie,* en joignant au mouvement de traction de petits mouvements de latéralité et même de circumduction. Il va sans dire qu'on fait suivre au tronc du fœtus l'axe du détroit supérieur ; et qu'en conséquence on tire *très par en bas,* tant que le siége n'a pas dépassé la vulve. Dès que le pelvis est dehors, on l'enveloppe et le saisit, comme on avait enveloppé et saisi successivement les jambes, les genoux et les cuisses, et l'on achève avec lui l'extraction. Ainsi, il est de règle de *saisir l'enfant, à mesure qu'il sort, de plus en plus haut, jusqu'à ce qu'on tienne le bassin par les hanches* (*fig.* 109). Car, *arrivées là, les mains ne doivent pas êtres portées plus loin;* en pressant sur le ventre, elles pourraient léser quelqu'un des viscères abdominaux, tout particulièrement le foie qui est si volumineux chez le nouveau-né.

Les auteurs prescrivent de *ne jamais faire,* à

moins d'accidents pressants, *de tractions continues et empressées, et de livrer au contraire, pres-*

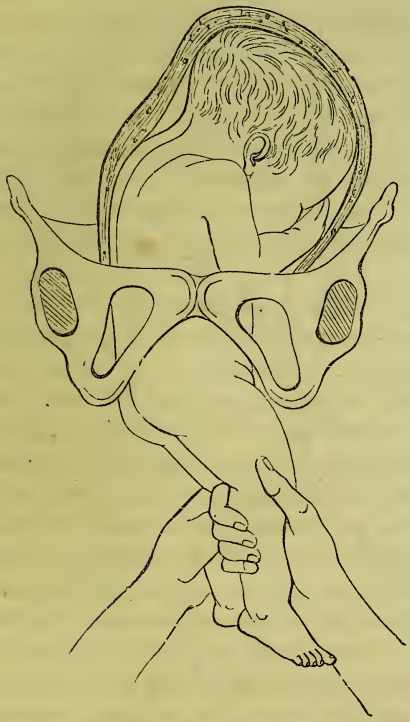


Fig. 108. — Troisième temps de la version. Extraction du fœtus.

que toute la besogne à la nature, du moment que les fesses de l'enfant ont dépassé la vulve, et ils ont raison ; car, en tirant trop vite, on court le risque de défléchir la tête au détroit supérieur ou

dans l'excavation, ou, tout au moins, de ne pas laisser le temps à la matrice de revenir sur elle-

Fig. 109. — Application des mains sur les hanches.

même au fur et à mesure qu'elle se vide, — deux choses également dangereuses qu'il faut tâcher d'éviter. Or, pour y arriver, rien de mieux à faire,

— ainsi que nous l'avons dit en traitant *des soins à donner à la femme pendant le travail*, — que d'abandonner l'enfant, presque complétement du moins, aux efforts exclusifs de l'utérus et des muscles abdominaux, *tant que le tronc n'est pas sorti jusqu'à la poitrine*. Il n'y a qu'un grand danger d'asphyxie pour le fœtus, — danger que dénoteraient suffisamment l'échappement d'une quantité considérable du méconium et l'absence de pulsations dans le cordon procident, ou, à défaut, dans les artères crurales, — qui pourrait engager à des tractions *empressées*.

Du reste, s'il est utile d'aider ainsi la nature, — contrairement à ce qui se fait dans les deux premiers temps de l'opération, — on attendra, pour tirer sur l'enfant, que la matrice entre en contraction, parce que cette contraction aidera puissamment à la manœuvre et maintiendra la tête et les bras eux-mêmes fléchis sur le thorax. Ce serait donc une bonne précaution que de faire comprimer et agacer le fond de l'utérus par les mains d'un aide, tant que la tête n'est pas dans l'excavation. Nous sommes même dans l'habitude, si la femme est naturellement faible ou épuisée par la longueur du travail, de donner un peu de seigle ergoté dès que nous tenons solidement les pieds hors de la vulve ; l'extraction en est rendue plus facile et l'inertie consécutive moins à redouter.

Le fœtus, pour bien faire, doit, à mesure qu'il descend, se trouver le dos en rapport avec l'une

ou l'autre des cavités cotyloïdes. Si donc il arrivait que le dos eût une disposition particulière à rester tourné en arrière, il faudrait l'amener à regarder obliquement en avant, par un mouvement de torsion exécuté avec douceur et, pour plus de prudence, commencé de bonne heure. Lorsqu'on tient une jambe de chaque main, il est on ne peut plus facile d'imprimer au tronc de l'enfant ce mouvement de torsion. En n'agissant que sur une seule jambe, c'est moins facile; mais, avec un peu d'adresse, on y arrive encore, néanmoins.

Sitôt que le siége a dépassé la vulve, *il faut ne pas oublier de s'assurer de l'état du cordon ombilical*, en glissant l'index jusqu'à son insertion à l'abdomen. Si on le trouve tendu, on joindra le pouce à l'index pour le mieux saisir, on tirera sur son extrémité placentaire, et on amènera au dehors une anse suffisante pour prévenir tout tiraillement ultérieur. Mais s'il résiste, s'il est fortement tendu et menace, soit de se rompre, soit d'enrayer la sortie du fœtus, il n'y a pas à hésiter, il faut le couper d'un coup de ciseaux, et, faisant pincer par un aide son bout ombilical, terminer l'accouchement le plus rapidement possible. Enfin, si le cordon est engagé par hasard entre les deux cuisses, on essaye nécessairement de le dégager, en ayant soin de le faire passer *par derrière le membre postérieur*, de façon à le placer en contact avec le périnée, — et, si l'on ne peut y parvenir, ce qui doit être rare, on le coupe, on

fait pincer le bout ombilical et l'on se hâte d'entraîner le fœtus.

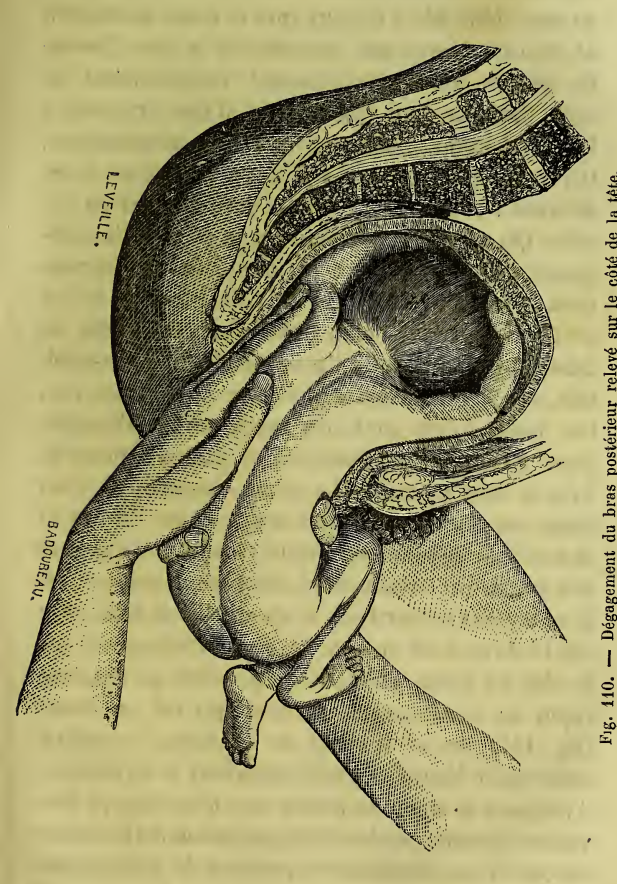


Fig. 110. — Dégagement du bras postérieur relevé sur le côté de la tête.

Assez souvent, lors même qu'on n'a pas exercé

de tractions trop empressées, les bras du fœtus, au lieu de rester croisés et fléchis sur la poitrine, se sont défléchis à mesure que le tronc descendait et se sont relevés sur les côtés de la tête. Comme ils gênent alors extrêmement l'engagement de cette dernière dans l'excavation, il faut procéder à leur réduction, c'est-à-dire, à leur abaissement. Or, voici comment se fait cette opération assez délicate : *commençant par le bras qui est en arrière* (*fig.* 110), parce qu'il est le plus facile à dégager, on porte l'index et le médius de la main dont la paume regarde le plus directement le dos de l'enfant, sur le plan postérieur et externe du bras, jusqu'au delà de l'articulation huméro-cubitale, et le pouce en dessous, sur la face interne. Ces trois doigts sont, du reste, tenus allongés, pour faire l'office d'attelles et moins exposer le bras à une fracture. Le tronc, enveloppé d'un linge, est relevé par l'autre main. Alors, l'index et le médius, agissant sur toute l'étendue du bras et une partie de l'avant-bras, fléchissent celui-ci en le ramenant d'abord sur le devant de la face, puis sur le devant du thorax, et enfin l'allongeant sur le côté du tronc. Cela fait, on procède de la même façon au dégagement du bras qui est *en avant* (*fig.* 111), en se servant de la main opposée à celle qui a dégagé le bras postérieur et ayant soin d'abaisser le tronc du fœtus vers le périnée. L'élévation du tronc pendant le dégagement du bras postérieur et son abaissement pendant le dégagement du bras antérieur constituent deux mouvements

très-importants, en ce qu'ils facilitent énormément l'opération. En résumé : si le dos de l'enfant re-

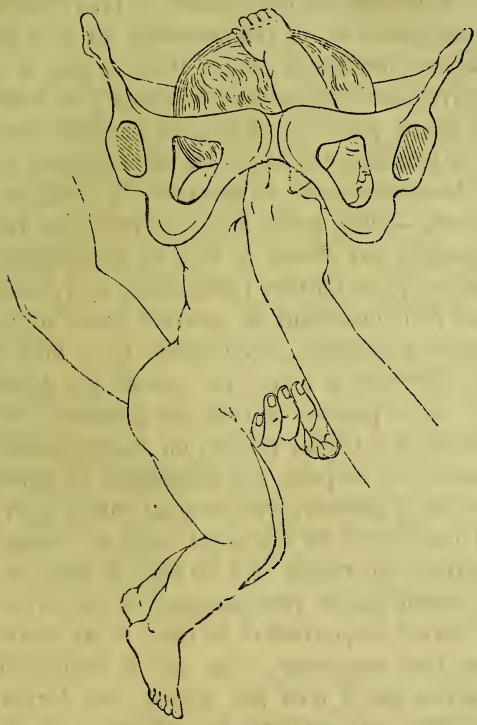


Fig. 111. — Dégagement du bras antérieur relevé sur le côté de la tête. (Chailly.)

garde à gauche, c'est de la main droite qu'on se sert pour dégager le bras postérieur, et de la main gauche pour dégager le bras antérieur; et

si le dos regarde à droite, c'est la main gauche qu'on emploie au dégagement du bras postérieur et la main droite au dégagement du bras antérieur.

Quelquefois il y a redressement du bras antérieur par derrière la nuque. Dans ce cas, la manœuvre pour le dégagement est bien plus difficile; — d'abord, parce qu'on ne peut pas faire descendre le bras entre le dos et les pubis comme on l'a fait descendre entre le thorax et la concavité du sacrum, — puis, parce que, si le bras s'est relevé en passant par devant la tête, on ne l'abaisse par derrière qu'en tordant l'articulation de l'épaule. Il serait donc important de pouvoir, avant de commencer l'opération, reconnaître si le bras s'est placé derrière la nuque en passant par devant la tête, ou en passant de suite par derrière le tronc. Eh bien, il y aurait, dit-on, un moyen infaillible d'asseoir sur ce point son diagnostic. Ce serait de chercher à atteindre avec le doigt l'angle inférieur de l'omoplate et de voir si cet angle est éloigné ou rapproché du rachis : s'il en était éloigné, on serait certain que le redressement du bras s'est fait par devant la poitrine et la tête ; si au contraire, il en était rapproché, c'est que le redressement se serait fait, à n'en pas douter, par derrière le dos. Mais, par malheur, l'appréciation du degré d'éloignement ou de rapprochement de l'angle inférieur de l'omoplate par rapport au rachis, n'est pas du tout facile à établir ; aussi, que de fois ne restera-t-on pas dans le doute sur le chemin à faire suivre au bras pour le ramener en bas ! Et,

cependant, il faudra bien prendre un parti!... Alors, on devra tenter de réduire le bras n'importe comment ; si l'on ne peut y réussir, on essayera, en passant, comme le faisait P. Dubois, une main en forte supination par-dessous le fœtus, d'imprimer à celui-ci un vigoureux mouvement de torsion, capable de placer les épaules dans le sens du plus grand diamètre du bassin, ce qui permettra peut-être ou le dégagement du bras ou l'extraction de la tête flanquée du bras redressé ; — et, si cette nouvelle manœuvre reste sans résultat, on se décidera à terminer l'accouchement sans s'inquiéter du bras, ainsi que le conseille madame Lachapelle. Il est très-probable qu'en suivant ce dernier conseil, on cassera le bras; mais ne le casserait-on pas également en s'acharnant à son dégagement? Et, après tout, est-ce donc un accident si grave que la fracture du bras chez un enfant naissant? Non : il suffit d'un pansement bien fait, avec un morceau de carton mouillé et un petit bandage dextriné ou amidonné, pour obtenir un cal solide en 8 ou 10 jours. Ce traitement est si simple, qu'on pourrait même très-bien cacher l'accident à la mère.

Toutefois, qu'on le remarque bien, ce n'est pas un accident auquel l'opérateur jaloux de sa réputation puisse rester indifférent. On lui pardonne facilement d'amener un enfant mort, mais on ne lui pardonnera pas aussi facilement d'amener un enfant avec une fracture ; on la lui imputera comme une maladresse. Aussi, quand l'accou-

cheur sera dans l'obligation de tirer quand même, devra-t-il prévenir les assistants du danger que court l'enfant, s'il n'est extrait de suite, et de la

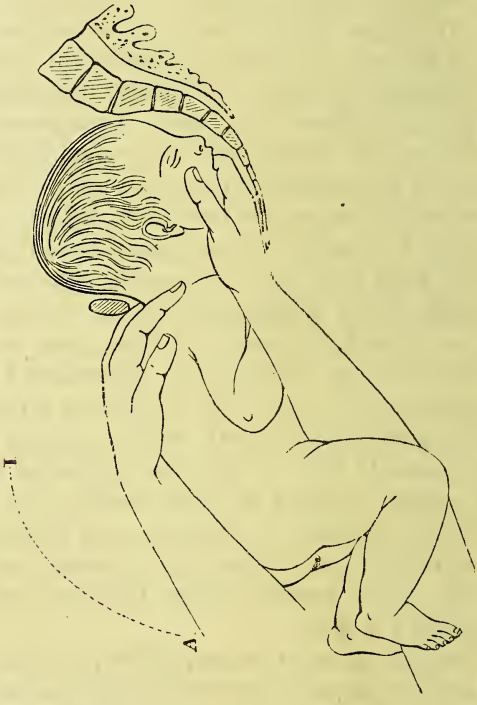


Fig. 112. — Dégagement de la tête par la manœuvre des deux doigts dans la bouche. (Chailly.)

possibilité d'une fracture qui, après tout, n'est qu'une lésion sans grande gravité, à cet âge.

Enfin, quand il n'y a plus que la tête dans l'ex-

cavation et qu'elle est bien tournée, *l'occiput en avant*, on élève le tronc du fœtus vers le ventre de la mère pendant qu'on engage celle-ci à *pousser*, et le dégagement de la face, puis du front, puis du bregma, s'opère habituellement sans difficulté sur le bord antérieur du périnée. C'est là la méthode dite de Prague qui a eu et a encore une grande vogue.

Mais si ce dégagement n'a pas lieu, que fera-t-on? Comme l'enfant est, à ce moment-là, fortement exposé, à cause de la compression du cordon, il faut tâcher d'extraire la tête par une manœuvre assez hardie et qui consiste (*fig.* 112) : à aller porter dans la bouche l'index et le médius réunis de la main dont la paume embrasse le mieux la face; à mettre le fœtus à cheval sur l'avant bras ; et, pendant qu'avec deux doigts de l'autre main, disposés en fourche sur la nuque, on arrête celle-ci derrière les pubis, à prendre un point d'appui sur la mâchoire inférieure avec les deux doigts portés sur elle, pour forcer la tête à se fléchir davantage; puis, on n'a plus qu'à renverser le dos du fœtus vers le ventre de la femme, pour achever l'extraction. On peut dire qu'il est très-rare, si le bassin est normal, que ce double mouvement manque son effet.

Au lieu d'engager l'index et le médius dans la bouche du fœtus, M. Stoltz se contente de les fixer sur le maxillaire supérieur, un de chaque côté du nez (*fig.* 113), et il manœuvre ensuite, pour le reste, comme nous venons de le dire.

Dans tous les cas, il est bon de soutenir les tractions ainsi faites sur le fœtus par des pressions

Fig. 113. — Dégagement de la tête par la manœuvre des deux doigts sur les côtés du nez.

extérieures sur la tête, au travers de la région

hypogastrique de la mère, pressions qui, sans danger aucun, peuvent être exercées assez vigoureusement, et, tout en forçant la matrice à suivre la tête au fur et à mesure qu'elle descend, auront encore l'avantage de prévenir l'accumulation d'une trop grande quantité de sang dans le fond même de l'organe, si par hasard le placenta s'était décollé prématurément (Schröder).

Quand, par hasard, le dos de l'enfant, quoi qu'on ait pu faire, est resté tourné en arrière, il ne faut point désespérer ; la plupart du temps, le dégagement de la tête se fera sans trop de difficulté. Ou la tête restera *fortement fléchie,* et alors il suffira de deux doigts portés sur la mâchoire inférieure et du grand mouvement de *dos sur dos* (Pajot) imprimé au tronc du fœtus, pour que le front de celui-ci glisse derrière les pubis et se dégage le premier à la vulve ; — ou la tête *se défléchira complétement, le menton s'arc-boutant au-dessus du pubis* (1), et alors on n'aura qu'à imprimer au fœtus le grand mouvement que M. Pajot appelle *ventre sur ventre*, pour voir l'occiput se dégager le premier en avant du périnée. — Dans l'un et l'autre cas, si la manœuvre échouait, on recourrait bien vite au forceps, malgré toutes les difficultés de son application, quand le haut du tronc remplit encore la vulve.

(1) Madame Lachapelle n'admet pas cet accrochement du menton sur les pubis. Elle dit que c'est une erreur théorique de Baudelocque, que la pratique n'a jamais démontré cela. C'est chose admise cependant.

L'enfant est bien venu d'abord, le dos tourné vers l'une des cavités cotyloïdes ; mais la tête n'a pas achevé sa rotation et elle est restée en travers

Fig. 114. — Manière de forcer la rotation de la tête restée en travers. (Chailly.)

dans l'excavation. Pour la faire évoluer, il n'y a qu'à glisser la main dont la paume embrasse le plus naturellement l'occiput, entre la joue infé-

rieure et la concavité du sacrum, à appliquer l'extrémité de tous les doigts sur la joue qui regarde en haut, et, avec eux, par un vigoureux mouvement de pronation de l'avant-bras, à amener l'occiput derrière les pubis (*fig.* 114). Cette manœuvre, indiquée par MM. Pajot et Chailly, vaut beaucoup mieux que celle qui consiste à placer deux doigts d'une main sur la joue qui regarde en haut, deux doigts de l'autre main derrière l'oreille qui regarde en bas, et, par un effort synergique, à faire venir l'occiput vers l'arcade pubienne.

Quand il y a issue d'une main dans le vagin, il n'y a pas à chercher à la repousser dans la cavité utérine, on n'y parviendrait pas. On se contente donc de placer un lacs sur le poignet (*fig.* 115), lacs qui servira à retenir le bras dans une bonne position, à l'empêcher surtout de remonter sur le côté de la tête ; et, cela fait, on entreprend immédiatement la version ; car on ne gagnerait rien à attendre. Sitôt qu'on aura amené les pieds ou un pied dans le vagin, on verra le bras remonter de lui-même dans l'utérus. Or, à ce moment-là, l'opérateur n'oubliera pas dans quel but il a placé un lacs sur le poignet, et il veillera à ce que l'aide qui tient ce lacs ne cesse de le tendre, mais *modérément*, à mesure que l'épaule remonte vers le fond de la matrice ; par ce moyen le bras reste sûrement accolé au tronc.

Nous l'avons déjà dit, l'issue de la main dans le vagin n'est qu'un épiphénomène insignifiant dans la présentation de l'épaule, si insignifiant que nous

avons vu plusieurs fois P. Dubois déplier un coude qui se présentait, rien que pour éclairer le diagnostic de la position et faire choix de la bonne

Fig. 115.

main à introduire pour aller chercher les pieds. Mais il n'en est plus de même quant tout le bras pend au dehors de la vulve ; car il faut évidemment, pour qu'il y ait une telle procidence du bras, que l'épaule soit très-fortement engagée

dans l'excavation et que l'utérus, tout à fait vide d'eau, soit complétement rétracté. Or, dans de telles conditions, la version est une opération presque impossible. Il ne reste plus guère, alors, qu'à essayer de vaincre la rétraction de l'utérus par l'administration de 10 centigrammes de tartre stibié, ou de 8 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque, donnés en une seule dose, et, si ces moyens restent inefficaces, à recourir à l'*embryotomie*. Vouloir effectuer la version, dans de pareilles conditions, en y employant la violence, ce serait exposer la femme aux plus grands dangers.

Enfin, quand on a lieu de soupçonner l'existence de deux jumeaux dans la matrice, et, à plus forte raison, quand la main, introduite dans cet organe pour aller chercher un fœtus qui se présente mal, reconnaît positivement qu'il n'est pas seul, — on doit bien se garder de chercher à saisir à la fois deux pieds ou deux genoux ; car ils pourraient fort bien, — quoique jugés pied droit et pied gauche et, de plus, de même volume, — ne pas appartenir au même sujet, et, dans ce cas, on se créerait, en les amenant ensemble au dehors, des difficultés peut-être insurmontables. Il vaut donc bien mieux, alors même qu'il se présente deux pieds ou deux genoux sous la main, n'en saisir et n'en amener qu'un seul ; avec lui on entraîne un enfant, et l'on retourne, après cela, chercher l'autre, s'il ne naît pas spontanément.

Forceps.

Le *forceps* est une grande pince destinée spécialement à aller chercher la tête du fœtus dans le bassin. Il n'est, généralement, qu'un moyen de traction, très-rarement un instrument de réduction (1).

Les figures 116 et 117 représentent le forceps français ordinaire, autrement dit le forceps de Levret modifié par Baudelocque. Les branches ne sont plus droites, comme l'étaient celles de la pince de Chamberlen, elles ont une double courbure qui permet d'aller saisir la tête, aussi bien au détroit supérieur que dans l'excavation. Pour être parfait, il ne manquait à cet instrument que d'être un peu moins long, moins lourd et moins embarrassant.

Pour résoudre ce problème, le professeur Pajot a eu l'heureuse idée de *briser* les branches de ce dernier forceps, tout en les rendant un peu moins

(1) C'est Stein le jeune qui, le premier, insista pour qu'on ne fît pas du forceps un instrument de compression, — non pas, disait-il, que la tête du fœtus ne pût être pressée même assez fortement, sans grand danger; mais bien parce que, si l'on ne comprime pas la tête, celle-ci peut très-bien modifier avantageusement sa situation entre les cuillers, d'oblique qu'elle était, par exemple, devenir antéro-postérieure ou à peu près. — Toutefois, s'il le faut, on peut exercer une certaine compression sur le crâne avec le forceps, et cela sans danger; les expériences de Delor et de Joulin ont démontré que le diamètre crânien saisi entre les cuillers peut, sans que l'enfant en souffre, subir une réduction de 1 centimètre et plus même.

longues et un peu plus minces (v. la *fig.* 118); il n'a

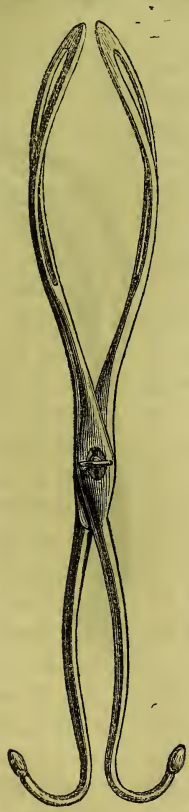
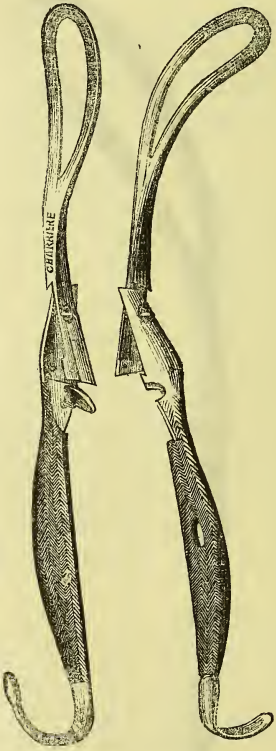


Fig. 116. — Forceps français vu par sa face antérieure.

Fig. 117. — Forceps français vu de côté.

rien changé à la forme générale de l'instrument

par cette modification; il ne l'a pas rendu non plus moins solide; car le tenon, autour duquel on fait



118. — Forceps brisé de Pajot.

Fig. 119. — Petit forceps de Pajot.

tourner une moitié des branches sur l'autre, et les queues d'aronde qui, avec le petit ressort, relient finalement le manche à la cuiller, ne laissent

rien à désirer au point de vue de la solidité ; il n'a fait que le rendre plus portatif et plus facile à soustraire aux regards. Nous nous servons exclusivement de ce forceps *brisé* depuis plus de vingt ans ; outre qu'il est excessivement commode, il ne nous a jamais fait défaut, même dans les cas les plus difficiles : c'est *vraiment un instrument parfait.*

En outre, M. Pajot a fait fabriquer un petit forceps (v. la *fig.* 119), pour les cas où la tête fœtale, profondément engagée dans l'excavation, n'y est retenue que par un léger obstacle ; il n'a que 32 cent. de longueur, tandis que le grand en a 44 ; il est, dès lors, très-facile à manœuvrer ; et, comme il est moins effrayant que l'autre, nous conseillerions aux jeunes praticiens de le faire figurer dans leur arsenal obstétrical.

Nous représentons également (v. la *fig.* 120) le forceps dont se sert le professeur Stoltz, depuis 1839, — parce que c'est aussi un bon instrument, habilement conçu et facile à manier. Il est un peu moins long que le forceps français ordinaire. Ses cuillers mesurent bien encore 22 centimètres, mais ses manches n'en mesurent guère que 20, — total 42 centimètres de longueur au lieu de 44. — A l'entablure la branche inférieure ou mâle présente un écrou de forme ellipsoïde et à tête ; la supérieure ou femelle, une encochure pouvant embrasser exactement le pivot. En serrant l'écrou, qui est mobile, on fixe solidement une branche sur l'autre. Mais, ce qui distingue plus particulièrement ce genre de forceps du forceps français, c'est

d'abord que les manches sont garnis de bois rayés

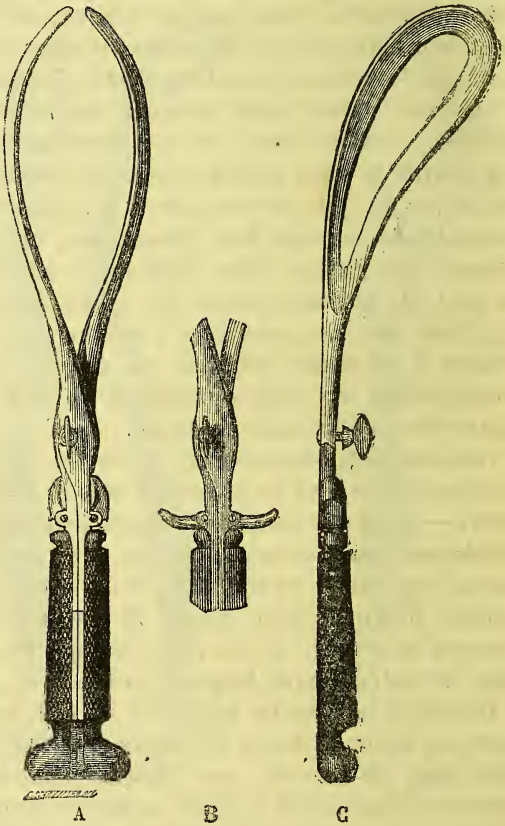


Fig. 120. — Forceps de Stoltz.

A. Forceps articulé. — B. Articulation de ce forceps, crochets mobiles abaissés. — C. Branche mâle vue de profil.

qui forment inférieurement deux saillies latérales, précédées d'une forte rainure, ce qui donne un point d'appui solide à la main au moment des tractions ; — puis, à l'extrémité supérieure des manches, se trouvent deux crochets mobiles qui, relevés, ne gênent en rien pendant l'introduction des cuillers, et, abaissés, peuvent servir de points d'appui particuliers aux doigts indicateur et médius, quand il faut tirer avec force.

Que l'on se serve de l'un ou de l'autre de ces forceps, on n'oubliera pas qu'il doit, en général, rester un instrument de traction, et ne devenir un instrument de réduction que dans des cas très-rares. Sans doute, en rapprochant vigoureusement les cuillers, on peut réduire de 8 à 10 millimètres le diamètre de la tête qui a été saisi par elles ; mais, enfin, là n'est pas le but du forceps ; il n'est fait, à bien dire, que pour tirer ou extraire et il n'en est pas moins un excellent instrument, qui rend chaque jour d'immenses services.

Le forceps est indiqué, d'une manière générale, toutes les fois que, la tête étant engagée au détroit supérieur, il survient un accident grave (convulsions, hémorrhagie, chute du cordon, etc.), menaçant la vie ou seulement la santé de la mère ou de l'enfant, et nécessitant la terminaison prompte de l'accouchement ; et, à plus forte raison, est-il indiqué quand la tête, arrivée dans l'excavation, y est retenue plus longtemps qu'il ne faut, par la résistance des parties molles, ou par une dispro-

portion sensible entre le volume du crâne et les diamètres du détroit inférieur.

Mais il est encore indiqué, d'une manière particulière : 1° quand, bien que la tête ne soit pas engagée dans le détroit supérieur et conserve une certaine mobilité, on reconnaît que le bassin est un peu étroit ou la tête du fœtus un peu trop grosse, deux circonstances qui contre-indiquent évidemment la version podalique ; 2° quand, sans qu'il y ait disproportion entre la grosseur de la tête et l'ampleur du bassin, on diagnostique une présentation irrégulière du sommet ou de la face, avec un utérus vide d'eau et fortement rétracté, circonstances qui contre-indiquent encore la version.

Dans le cas où l'enfant s'est présenté par les pieds, il peut arriver que, le tronc sorti, la tête s'arrête *dans l'excavation*, ou parce qu'elle s'est défléchie malencontreusement, ou parce qu'elle est un peu trop grosse pour le détroit inférieur rétréci ; il y a là encore, évidemment, indication du forceps, dès que la manœuvre des deux doigts dans la bouche s'est montrée insuffisante.

Mais lorsque, dans le cas d'expulsion ou d'extraction du fœtus par les pieds, la tête est restée enclavée *au détroit supérieur*, l'application du forceps, quoi qu'en ait dit Baudelocque, n'est guère possible, à cause de la présence du tronc dans l'excavation, qui met obstacle au placement méthodique des branches. On réussit bien quelquefois, mais c'est rare, et, le plus souvent, si le tronc du fœtus n'est pas très-petit, ou l'excavation pel-

vienne très-ample, on est dans la nécessité de pratiquer la décollation, ou mieux la section du haut du tronc en écharpe, pour aller ensuite saisir, avec le forceps ou le céphalotribe, la tête restée seule dans la matrice.

En résumé, si la tête se présente au détroit supérieur et qu'un accident force à hâter l'accouchement, c'est à la version qu'il faut d'abord songer, parce que, bien faite, elle demande moins de temps qu'une application du forceps, — et ce n'est que lorsqu'elle est impraticable, qu'on en vient au forceps. Au contraire, c'est de prime-abord au forceps qu'on aura recours, si la tête est déjà engagée et fixée dans le détroit supérieur, et, à plus forte raison, descendue dans l'excavation. La version et le forceps sont donc, sous le rapport de l'opportunité, en raison inverse. Généralement, c'est plus de la mère que de l'enfant qu'on se préoccupe quand on se décide pour la version, et plus dans l'intérêt de l'enfant que dans celui de la mère qu'on se décide à appliquer le forceps. Ce serait donc établir assez bien le parallèle entre la version et le forceps, que de dire que la première prend mieux, en général, les intérêts de la mère, et le second, mieux, en général, les intérêts de l'enfant.

Il est trois conditions à peu près indispensables pour qu'on puisse songer au forceps. Il faut : 1° que l'orifice utérin soit assez dilaté pour livrer passage aux cuillers de l'instrument ; 2° que les membranes soient rompues ; 3° que le bassin n'ait pas moins de 8 centimètres. Il est ensuite favo-

rable, mais non indispensable, que la tête du fœtus (car ce n'est guère que sur elle qu'on applique le forceps) soit engagée et immobile au détroit supérieur.

Soins préliminaires.

L'opération résolue, on prévient la femme qu'on a *quelque chose* à lui faire pour faciliter l'accouchement, sans lui dire, cependant, ce que c'est au juste, à moins qu'on ne la sache courageuse, ou qu'elle ne demande à être délivrée n'importe comment; — mais, si l'on a quelque raison pour ne pas prévenir complétement une jeune primipare timide de ce qu'on va lui faire, on a bien soin, pour mettre sa responsabilité à couvert, de ne rien cacher aux parents (qu'on a pris *à parte* pour cette communication) du danger que peut faire courir toute application du forceps. En général, c'est une opération bien simple et bien inoffensive : mais, après tout, c'est une opération, et, vu les prédispositions maladives particulières attachées à l'état puerpéral, on n'est jamais sûr qu'elle ne sera pas suivie d'une métro-péritonite.

On s'occupe ensuite, ce qui est très-important, de faire vider le rectum et la vessie, si toutefois c'est nécessaire, et de préparer tout ce dont on peut avoir besoin, soit pour l'opération elle-même (forceps, ciseaux, cérat ou axonge, et serviettes demi-usées); — soit pour ranimer l'enfant s'il naissait asphyxié; — soit, enfin, pour le panser.

— Il serait même bon d'avoir sur soi un petit flacon de *chloroforme*, pour le cas où la femme se montrerait trop indocile ou trop craintive, — et du *seigle ergoté*, pour celui où l'utérus tomberait à l'état d'inertie, après l'extraction du fœtus.

La position à donner à la patiente est absolument la même que pour la version ; seulement, on ne doit pas tenir à ce que le lit soit aussi élevé ; à hauteur de ceinture, c'est bien ; plus haut, c'est gênant ; plus bas, c'est plus gênant encore.

Les aides sont aussi les mêmes, plus un que l'accoucheur charge de lui présenter les branches de l'instrument quand il les lui demandera ; et pour que cet aide, si ce n'est pas un médecin ou une sage-femme, ne présente pas une branche pour l'autre, on les lui désigne sous les noms de *branche à pivot* et de *branche à mortaise*, qu'il comprendra, et non ceux de *branche gauche* et *branche droite*, qu'il ne comprendrait pas.

Ces branches ont, du reste, été préalablement trempées un instant dans de l'eau chaude pour les *tiédir*, puis *graissées* de cérat ou d'axonge *sur la convexité seule des cuillers*, — la concavité de celles-ci devant saisir une partie du fœtus qui n'est déjà que trop lubréfiée.

Enfin, au moment de commencer l'opération, on doit s'assurer que c'est bien la tête qui se présente, que le col est suffisamment dilaté et que les membranes sont rompues. Et, pour être certain que la tête est bien à nu dans un col suffisamment dilaté, il faut engager l'extrémité du doigt

entre cet orifice et la tête qui est en train de le franchir; et, la chose reconnue, sans retirer la main, procéder de suite à l'introduction de la première branche.

Sauf de très-rares exceptions, c'est la branche à pivot ou branche gauche qu'on applique la première, avec la main gauche et du côté gauche du bassin de la femme. La branche à mortaise ou branche droite ne se place qu'après, avec la main droite et du côté droit. *Branche gauche, tenue de la main gauche, appliquée à gauche, toujours la première, — et branche droite, tenue de la main droite, appliquée à droite, toujours la seconde,* — sont deux formules établies par M. Pajot, et qu'il est essentiel de se loger dans l'esprit, pour ne pas éprouver d'embarras au moment d'entreprendre l'opération. Si l'on introduit la branche gauche la première, c'est pour n'avoir pas, après l'introduction de la droite, à opérer un décroisement souvent difficile et, en outre, compromettant pour la vulve et même pour l'orifice utérin.

M. Stoltz dit qu'il faut suivre la règle ci-dessus établie par le professeur Pajot, *branche gauche la première,* quand on applique le forceps aux extrémités du diamètre transverse du pelvis; mais qu'on peut très-bien ne pas la suivre, quand on applique les cuillers de l'instrument suivant un diamètre oblique; qu'alors il est bien plus facile d'introduire la *branche droite* la première, si elle a besoin d'aller se placer en avant, derrière la cavité cotyloïde droite, par exemple, lorsque la tête est

en position *o. i. g. a.*, que de l'introduire la seconde, — parce qu'en avant il y a toujours moins d'espace libre qu'en arrière où la branche gauche trouvera toujours toute facilité à se placer; et qu'il n'y a pas, du reste, à se préoccuper d'un décroisement qu'on peut très-bien éviter avec un peu d'adresse. M. Stoltz affirme qu'il est toujours facile de soulever la branche *droite* de manière à glisser la branche *gauche* sous elle. Il n'y a pour cela qu'à relever le manche de la branche *droite*, en attirant légèrement la cuiller, jusqu'à ce que la *gauche* puisse être introduite à son tour en passant par dessous la droite. Or, la branche gauche étant arrivée au point qu'elle doit occuper, on n'a plus qu'à saisir de la main droite le manche de la branche *droite*, et à l'abaisser vers celui de la branche *gauche*, en la repoussant, bien entendu, au dedans, de tout ce dont elle avait été attirée au dehors, pour pouvoir articuler à la façon ordinaire. — Le procédé est bon à retenir. Il peut être réellement utile dans certains cas.

Règles de l'application du forceps.

Il y a trois temps distincts dans cette opération : l'introduction des branches de l'instrument ; l'articulation de ces branches ; et l'extraction de la partie fœtale saisie. Or, il y a des règles pour chaque temps.

1er *Temps. Introduction des branches du forceps.* — En faisant cette introduction, on doit chercher autant que possible à saisir la tête du fœtus sui-

vant son diamètre bipariétal, c'est-à-dire à embrasser une bosse pariétale avec chacune des cuillers. Rien, en effet, n'est plus avantageux. Mais, malheureusement, ce n'est pas toujours possible. Si, par exemple, la tête est encore *au détroit supérieur*, il est bien rare qu'elle y soit assez *directe* pour que les cuillers embrassent, même à peu près, les bosses pariétales. On ne peut, à cette profondeur, que placer une branche à gauche et l'autre à droite, dans le sens même, ou peu s'en faut, du diamètre transversal du bassin, et comme la tête est, en général, située de façon à avoir son diamètre occipito-frontal presque parallèle à l'un des diamètres obliques du détroit, il s'ensuit qu'une cuiller de l'instrument embrasse une bosse frontale et l'autre cuiller la bosse occipitale opposée. Ce n'est pas régulier ; mais on doit compter que la tête, à mesure qu'elle descendra, se placera d'elle-même en meilleure position, l'occiput ou le front presque directement en avant, — si toutefois on a bien soin de ne pas trop rapprocher les manches du forceps et de ne faire de celui-ci qu'un instrument de traction.

Mais il n'en est plus de même, si la tête est arrivée dans l'excavation. Là, quand rien ne s'oppose au diagnostic précis de la position, il est facile d'embrasser du premier coup les bosses pariétales avec les cuillers. La tête, d'abord, est devenue presque *directe*, de très-oblique qu'elle était plus haut ; — et, ensuite, les branches du forceps n'ont plus à pénétrer à une si grande profondeur dans

le canal pelvien, qu'on ne puisse très-bien donner à l'instrument lui-même, à présent, une notable obliquité. — Toujours est-il qu'on devrait tâcher de saisir la tête par son diamètre bipariétal et de faire en sorte que le bord concave du forceps correspondît à la partie du crâne ou de la face, qui, dans la parturition *spontanée*, se dégage la première sous l'arcade pubienne; par conséquent, vers l'occiput, s'il s'agit d'une présentation du sommet, et vers le menton, s'il s'agit d'une présentation de la face.

Si quelque chose, une bosse sanguine considérable, par exemple, empêche de reconnaître la position du sommet, il ne faut nullement se laisser déconcerter par cet incident; on dirige les cuillers, comme dans le cas de 1re position, — qui est de beaucoup la plus commune, — et l'on essaye d'amener la tête par quelques tractions ménagées, quitte à la reprendre mieux, si l'on s'aperçoit qu'on s'est trompé et que les efforts auxquels on se livre n'aboutissent à rien de bon.

Quelle que soit, du reste, la branche que l'on introduise la première, il faut la tenir, au niveau de son entablure, *comme une plume à écrire* (*fig.* 121), si le lit sur lequel est placée la femme est un peu élevé, — *à pleine main*, au contraire, soit par l'extrémité du manche (*fig.* 122), soit, ce qui est préférable, au niveau encore de l'entablure, si le lit est très-bas.

L'autre main sert de conducteur et, à cet effet, est graissée sur ses deux faces de cérat ou d'axonge.

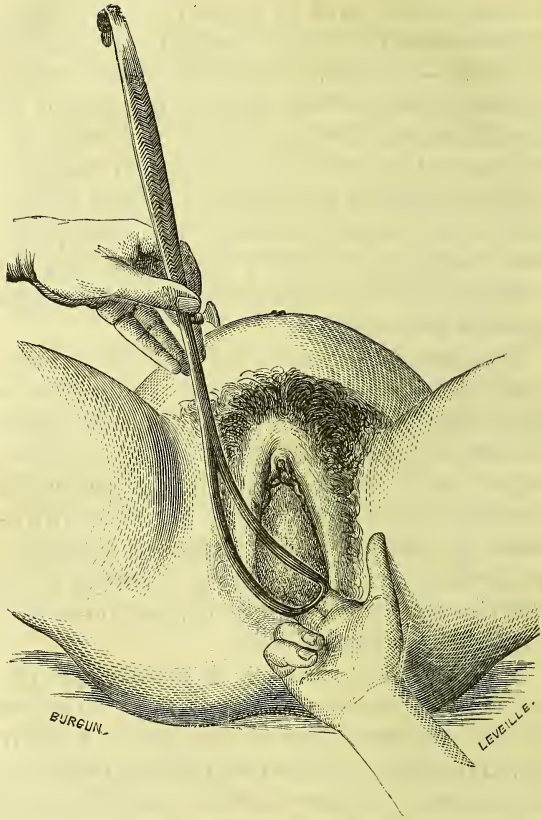


Fig. 121. — Application du forceps, la tête étant à la vulve. L'opérateur vient d'engager l'index et le médius de la main droite entre la tête et le conduit vulvo-utérin, et s'apprête à introduire la branche *gauche* de l'instrument.

Nous devons les figures 121 et 122 à l'obligeance de M. S. Tarnier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

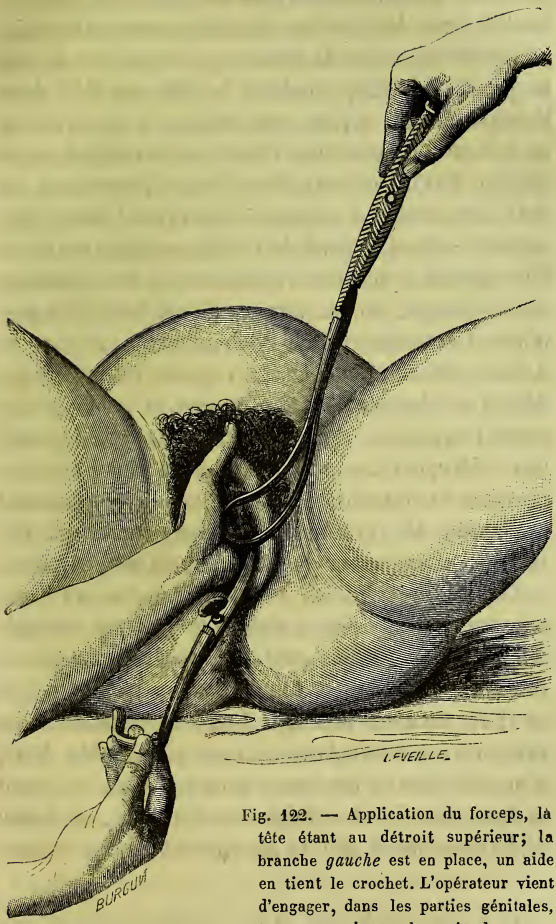


Fig. 122. — Application du forceps, la tête étant au détroit supérieur; la branche *gauche* est en place, un aide en tient le crochet. L'opérateur vient d'engager, dans les parties génitales, toute sa main gauche moins le pouce, et s'apprête à introduire la branche *droite* de l'instrument.

Si la tête est encore au détroit snpérieur, on introduit dans les parties génitales toute cette main conductrice, *moins le pouce* qui reste étendu sur le pénil (*fig.* 122); mais si la tête est déjà dans l'excavation et, à plus forte raison, à la vulve, on se contente d'introduire l'index et le médius accolés (*fig.* 121). Du reste, dans l'un et l'autre cas, *on doit bien veiller à engager l'extrémité des doigts entre la tête et le bord de l'orifice utérin*, avant de faire glisser le bec de la cuiller sur la face palmaire de ces doigts. On est sûr par là de bien faire pénétrer l'instrument dans l'utérus même, et non, en dehors, dans le cul-de-sac vaginal. Introduire les doigts conducteurs profondément et en bien engager l'extrémité *dans l'utérus, jusqu'à dépasser son orifice*, est une précaution de la plus haute importance et souvent, comme le fait judicieusement remarquer M. Tarnier (1), l'unique secret qui fait réussir un opérateur là où un autre avait échoué.

Chaque branche, au moment où l'on va commencer à l'introduire, *doit être presque couchée sur l'aine opposée au côté du bassin où sera portée la cuiller*, le crochet tourné par en haut (*fig.* 121 et 122); de cette façon, le bec de l'instrument se présente à la vulve dans un sens convenable. Mais, à mesure que ce bec entre dans le vagin, en rasant la face palmaire des doigts conducteurs, on a soin d'abaisser peu à peu le manche entre les cuisses

(1) Tarnier, *in* Lenoir, *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements*, p. 257.

de la femme, jusqu'à ce qu'il soit en bas et presque sur la ligne médiane. La cuiller a suivi nécessairement, dans le petit bassin, un trajet inverse, celui de l'axe même de cette cavité, et est arrivée sur le côté correspondant de la tête du fœtus. Quand cette tête est au détroit supérieur, le crochet, si la branche est bien placée, doit être très-bas, au-dessous des cuisses, et le pivot à toucher la vulve. Mais quand la tête est déjà dans l'excavation, le crochet n'a pas besoin d'être autant abaissé, ni le pivot d'être aussi rapproché des parties génitales.

M. Pajot fait avec raison une règle de la *nécessité de transférer la main* qui tenait la branche, *de l'entablure au crochet, au moment où la cuiller est à moitié engagée dans le conduit vulvo-utérin;* et cela, pour pouvoir imprimer plus facilement à cette cuiller le mouvement de demi-spire dont il sera parlé plus loin. La main, en glissant ainsi jusqu'à l'extrémité du manche, par un mouvement lent de pronation, doit ne pas cesser un seul instant de soutenir l'instrument, et arriver au crochet, la face palmaire regardant en bas et non pas en haut.

Il ne faut jamais pousser les branches avec force, elles doivent aller se placer, pour ainsi dire d'elles-mêmes, où il convient ; aussi, est-il établi en principe que, dès qu'on rencontre de la résistance, on doit s'arrêter, retirer un peu la branche et la repousser doucement, en lui donnant une meilleure direction. *Ce serait une grande faute que de vouloir forcer une résistance.*

On reconnaît, d'ailleurs, qu'une branche est bien placée, quand, en la poussant avec douceur, une fois qu'elle paraît introduite au degré voulu, on sent qu'elle pénétrerait plus profondément sans difficulté, et lorsqu'en la retirant directement vers soi, on la sent arrêtée par une surface qu'embrasse exactement la concavité de la cuiller.

Du reste, pendant l'introduction de celle-ci, la main sur laquelle elle glisse est avertie de la plus légère fausse route et des changements de direction qu'il faut dès lors lui imprimer. Si l'on abaisse trop tôt le manche, on sent que la cuiller échappe aux doigts conducteurs par devant ; si on le relève trop c'est par derrière ; si on le porte trop peu vers la ligne médiane, elle s'arrête sur les plis articulaires des doigts ; si, enfin, on le porte au delà de la ligne médiane, elle ride le cuir chevelu du fœtus et ne va pas plus loin. *Il faut* donc *être très-attentif aux avertissements de la main conductrice*, pour rectifier rapidement les mauvaises directions communiquées à la cuiller par de fausses inclinaisons du crochet.

Baudelocque glissait *directement* chaque cuiller sur le point de la tête du fœtus où elle devait rester appliquée. Mais telle n'est pas la manière de faire des grands accoucheurs de notre époque. Imitant, en cela, Levret et madame Lachapelle, ils portent d'abord la cuiller vis-à-vis du grand ligament sacro-sciatique correspondant, pour de là l'amener où il faut par un *mouvement de demi-spire*. Si la tête est encore au détroit supérieur, ce mouvement

de demi-spire est nécessaire des deux côtés au même degré ; mais si elle est déjà dans l'excavation et placée, comme d'habitude, encore assez obliquement, le mouvement de spire est très-faible ou même nul d'un côté, et, au contraire, très-étendu de l'autre. Dans la 1re position (*o. i. g. a.*), c'est la branche droite qui fait le grand mouvement, quand la branche gauche reste à sa place, et *vice versâ* dans la 5e position (*o. i. d. a.*).

Dans les positions obliques du sommet, si la tête est déjà fortement engagée dans le haut de l'excavation, on éprouve quelquefois, pour peu que le bassin soit étroit, de très-grandes difficultés à placer la branche antérieure, si l'autre est déjà placée ; alors, il faut retirer celle-ci, et refaire l'opération en commençant cette fois par l'antérieure qui est la plus difficile à placer ; et si, par hasard, cette antérieure se trouve être la *droite,* on pratique le *décroisement des branches* pour les articuler (1), ou bien on fait, à ces mêmes branches, au moyen d'un lacs solide, un articulation *artificielle*.

Quelle que soit, du reste, la branche que l'on ait placée la première, on en donne le crochet à tenir solidement à un aide, pendant qu'on s'occupe d'introduire l'autre. (V. la *figure* 122.)

Mais nous avons, à ce sujet, un conseil à donner, c'est de bien veiller à ce que l'aide à qui l'on confie, pour le tenir immobile, le manche de la

(1) Nous avons vu, page 510, par quel procédé M. Stoltz dit arriver souvent à éviter le décroisement des branches du forceps, dans le cas où la *droite* a été introduite la première.

première branche placée, ne ramène pas trop ce manche vers la ligne médiane ; car il agirait alors, avec un véritable levier du premier genre, sur la tête, pour l'appliquer étroitement à la paroi opposée du bassin, et fermerait ainsi tout passage à la cuiller de la seconde branche, qui ne pourrait pénétrer qu'au moyen de grands efforts toujours dangereux.

2e *Temps. Articulation des branches.* — Quand on en est rendu à articuler les branches du forceps, il faut le faire avec lenteur et ménagement, pour ne pas contondre l'orifice utérin ; et, lorsque la mortaise rencontre bien le pivot, on n'a qu'à faire tourner celui-ci par l'un des aides, ou à le tourner soi-même, pour que l'instrument soit solidement articulé.

Mais il n'est pas toujours aussi facile d'engager le pivot dans la mortaise, parce que les cuillers ne se regardent pas exactement et que les deux entablures sont un peu obliques l'une par rapport à l'autre ; il faut, dans ce cas, saisir un crochet de chaque main, et, en y mettant un peu de force, pas trop cependant, — essayer d'amener le pivot à entrer franchement dans la mortaise ; et si l'on n'y réussit pas, avec une force moyenne, — plutôt que de s'entêter à articuler quand même, — on doit sans hésitation retirer tout à fait la seconde branche pour la réappliquer plus convenablement. Nous avons vu P. Dubois retirer deux fois de suite cette seconde branche, parce qu'elle ne lui paraissait pas placée convenablement. Quant

à l'enfoncement inégal des branches dans l'utérus, il ne crée jamais une difficulté sérieuse pour leur articulation.

Nous avons dit qu'on était forcé, dans certaines circonstances, d'introduire la branche *droite* la première. Mais, alors, si l'on n'a pas songé à user du procédé Stoltz que nous avons décrit plus haut, et qui a pour but de prévenir la nécessité d'un décroisement, la mortaise est par-dessous le pivot, au lieu d'être par-dessus, et les branches ne peuvent s'articuler qu'après avoir été *décroisées*.

Pour faire ce *décroisement*, il suffit parfois de saisir un crochet de chaque main et d'écarter les branches *doucement* et *de juste ce qu'il faut* pour que la gauche passe en dessous de la droite. Mais si, parce que la tête est embrassée par les cuillers suivant son plus grand diamètre, on sent qu'on n'arriverait pas à opérer ce décroisement sans contondre violemment le col de l'utérus ou l'orifice vaginal, on prend un lacs solide (bande ou large galon), on le passe dans la mortaise, on relie entre elles les deux branches par plusieurs 8 de chiffre embrassant étroitement les deux entablures d'une part et le pivot de l'autre, et, au moyen de cette *articulation artificielle*, si elle est faite avec intelligence et solidement, on peut très-bien terminer l'opération.

Du reste, si l'on prévoit une extraction laborieuse, dans n'importe quel cas, et, sans cela, si l'écartement des crochets est un peu considérable, il sera bon d'enrouler autour des manches un

mouchoir ou une serviette, qui maintiendra le rapprochement des branches et évitera beaucoup de fatigue aux mains de l'opérateur.

3e *Temps. Extraction du fœtus.*— Les branches du forceps étant articulées, n'importe comment, on doit, avant de tirer, s'assurer, en portant le doigt dans le vagin entre les cuillers, que la tête de l'enfant est *bien saisie* et *seule saisie*. On n'a, d'ailleurs, qu'à tirer un peu, pour savoir de suite à quoi s'en tenir sur ce double sujet; car, si la tête n'est pas bien saisie, on sentira le forceps qui glisse sans rien entraîner ; et, si quelque partie maternelle a été pincée avec la tête, on en sera averti par les cris de douleur de la femme. Or, s'il en était ainsi, on s'empresserait de désarticuler l'instrument pour le réappliquer mieux. Quelquefois, pourtant, on peut rectifier parfaitement le placement des branches sans les retirer.

Pour tirer sur le forceps, on le saisit d'une main, au niveau des entablures, et, de l'autre, immédiatement en avant des crochets, les doigts toujours en dessus et les pouces en dessous (*fig.* 123), puis, on fait des tractions combinées à de légers mouvements de latéralité ou même de circumduction, c'est-à-dire à un léger *brassement*. S'il n'y a rien qui presse, on attendra, pour tirer, que la matrice se contracte, — ces contractions aidant puissamment à l'extraction ; — dans le cas contraire, on tirera d'une manière continue et l'on engagera même la femme à *pousser*, jusqu'à ce que la tête se présente à la vulve; car, quand elle sera arrivée

là, il faudra, au contraire, engager la femme, pour peu qu'elle ait la vulve étroite ou le périnée rigide,

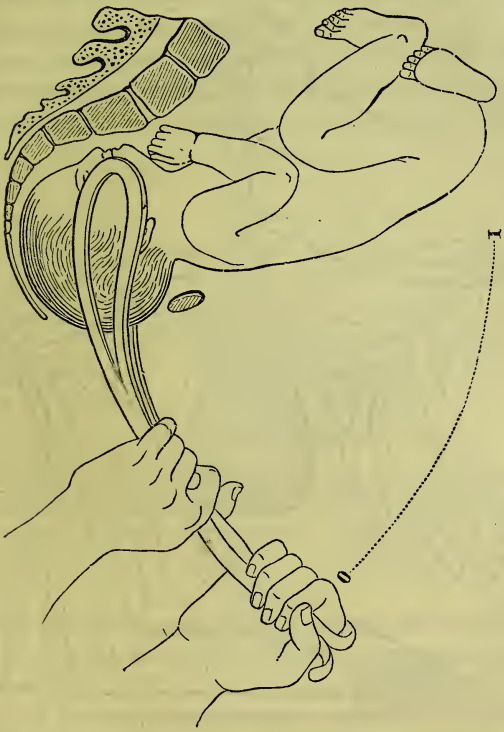


Fig. 123. — Manière de saisir les branches du forceps au moment de tirer. (Chailly.)

à ne pas *pousser*, et, qui plus est, avec le forceps, on retiendra la tête, au lieu de la tirer : sans cela, il se produirait quelque déchirure regrettable. On

aurait soin, du reste, à ce même moment, de bien veiller sur le périnée, de le soutenir d'une main,

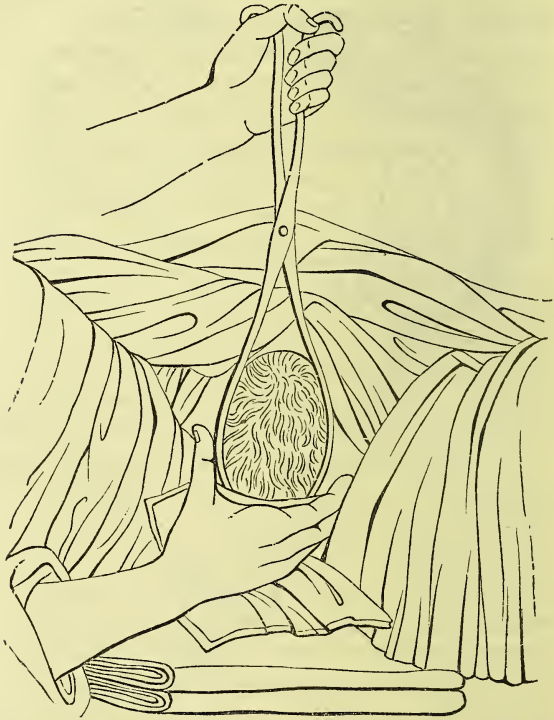


Fig. 124. — Manière de tirer en dernier lieu pour ne pas trop exposer le périnée; manière française de soutenir celui-ci. (Chailly.)

pendant que, de l'autre, on relève *peu à peu* le manche de l'instrument vers le ventre de la femme (*fig.* 124), et de pratiquer, à la moindre menace de

déchirure, les deux petites incisions *postéro-latérales* de Paul Dubois.

Lorsque la tête est à la vulve, il faut donc modérer les tractions autant que possible, et, en même temps, se bien rappeler le mécanisme du dégagement spontané de la tête en position *occipito-pubienne* et en position *occipito-sacrée*, afin,

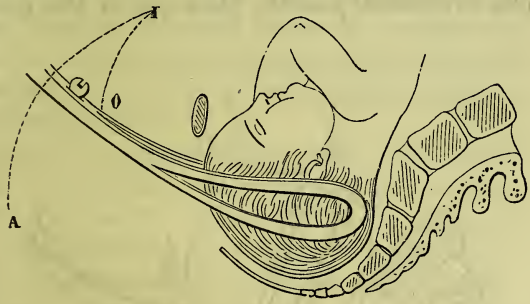


Fig. 125. — Manière de tirer dans le cas de position occipito-sacrée secondaire : commencer par élever le manche du forceps de O en I, tout en faisant des tractions directes, et, quand l'occiput a franchi le bord antérieur du périnée, abaisser l'instrument de I en A. (Chailly.)

dans le premier cas, de tirer *par en bas*, avec la main qui est au niveau des entablures, jusqu'à dégagement de l'occiput sous les pubis, avant de relever le manche du forceps, — et, dans le second, de tirer *en avant* et un peu *par en haut* même jusqu'à dégagement de l'occiput sur le bord antérieur du périnée, avant d'abaisser ce manche (*fig.* 125). Ces deux modes de dégagement de la tête, dans le cas de présentation du sommet, sont les

seuls, toutes les positions obliques devant être ramenées soit en *occipito-pubienne,* soit en *occipito-sacrée.*

Il faut, dans tous les cas, dès qu'on commence à tirer sur la tête, faire suivre le plus exactement possible aux cuillers du forceps la direction connue des axes du bassin (*fig.* 126); et nous disons *le plus exactement possible*, parce que, la tête étant

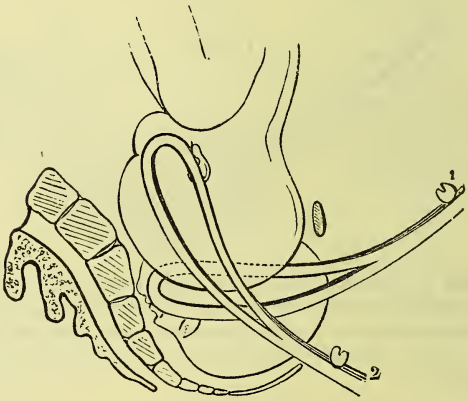


Fig. 126. — Sens dans lequel on doit tirer, suivant que la tête est au haut ou au bas de l'excavation. (Chailly.)

saisie au détroit supérieur, il est évident que les tractions ne pourront pas être faites suivant l'axe même de ce détroit, mais seulement *à peu près* dans la direction de cet axe. Pourtant, si la main gauche qui tient l'instrument au niveau de l'articulation des branches, *au ras de la vulve*, remplit bien son office, *tire bien par en bas*, *en même*

temps qu'un peu en arrière, pendant que la main droite, placée à l'extrémité des manches, *tire sur cette extrémité en la portant d'abord en bas et un peu en avant*, puis, à mesure que la tête descend, *de plus en plus haut*, — la main gauche seule tendant à abaisser les cuillers, — jusqu'au moment où les deux mains pourront se reporter près des manches et tirer alors en relevant peu à peu l'instrument jusqu'à placer les crochets en l'air, — il faudra bien convenir qu'on ne sera pas bien loin de tirer suivant l'axe du détroit supérieur (professeur Pajot).

Quant à la possibilité de suivre exactement, dans les tractions avec le forceps, les axes de la partie moyenne de l'excavation, du détroit inférieur et de la vulve, elle ne fait l'objet d'aucun doute.

Il est des circonstances difficiles où l'accoucheur a besoin d'employer beaucoup de force pour faire descendre la tête. Néanmoins, il doit bien se garder de prendre un point d'appui sur le lit avec un pied et de se pendre en quelque sorte à l'instrument : *il faut qu'il tire des bras seulement*, les pieds restant toujours fixés solidement au sol.

Si, malgré des tractions presque immodérées, la tête restait immobile, on devrait naturellement supposer ou un bassin rétréci ou une tête trop grosse, retirer le forceps, attendre quelques heures, réappliquer l'instrument, recommencer de fortes tractions dans divers sens, imprimer même un mouvement de rotation assez marqué à gauche ou à droite, et, si tout cela restait encore sans

résultat — l'état de la femme devenant alarmant, — se décider à pratiquer la perforation du crâne et même, s'il le fallait, la céphalotripsie.

La tête dégagée, si l'extrémité des cuillers est encore dans la vulve, on doit désarticuler les branches du forceps et les retirer l'une après l'autre, par un mouvement qui ramène chacune vers l'aine du côté opposé, et non pas enlever l'instrument tout articulé ; on n'agit ainsi que lorsqu'on voit clairement les becs des cuillers tout à fait en dehors des parties génitales.

Enfin, quand la tête est dégagée et le forceps enlevé, si l'utérus n'a pas de contractions suffisantes, et si l'on craint pour l'enfant qui a déjà trop souffert, on invite la femme à *pousser*, et, en même temps, avec les indicateurs engagés sous les aisselles en sens inverse, on hâte le dégagement des épaules.

Telles sont les règles qui doivent présider à l'application du forceps, dans les cas les plus ordinaires. Il ne nous reste plus, maintenant, qu'à ajouter quelques mots sur la manière d'appliquer cet instrument dans certaines circonstances particulières, savoir : *présentation de la face ; — présentation de la base du crâne,* le tronc du fœtus étant venu le premier ; — et *tête restée seule dans l'utérus,* après détroncation.

1° *Présentation de la face.* — La tête étant encore en haut de l'excavation, si le menton est tourné en avant, on applique le forceps absolument comme dans le cas de présentation du som-

met. Le menton ici remplace l'occiput ; c'est donc vers lui qu'on doit diriger le bord concave de l'instrument, et lui aussi qu'on doit amener à se dégager le premier sous les pubis. On tire *par en bas*, d'abord, avec la main qui est aux entablures, jusqu'à dégagement du menton ; puis, on relève le manche de l'instrument, pour opérer le dégagement du reste de la tête en avant du périnée.

Lorsqu'au contraire le menton regarde en arrière, une seule application du forceps n'est généralement plus suffisante ; il en faut deux successives pour dégager la tête comme le fait habituellement la nature. Chercher à ramener la tête à l'état de flexion, en la saisissant le plus près possible de l'occiput, est une mauvaise manœuvre qui manque presque constamment son but (Depaul, Pajot, P. Dubois, etc.). Il faut donc, de toute nécessité, à moins que le fœtus ne soit très-petit et le bassin très-ample, amener le menton *en avant*, sous l'arcade pubienne. Sans doute, par la manœuvre hardie des deux applications successives du forceps, on court grand risque de tordre le cou à l'enfant ; mais n'est-il pas en aussi grand danger par le fait même de la position dans laquelle il se trouve et qui ne permet guère l'accouchement sans mutilation ? Et, alors, doit-on donc prendre grand souci de le voir succomber d'une façon plutôt que d'une autre ? Ce qu'il y a d'important, c'est d'éviter à la mère le plus possible de douleurs et de chances d'inflammation, et, pour cela, de la délivrer rapidement. Du reste, il faut

bien savoir qu'on ne tue pas toujours l'enfant en lui tordant le cou de la sorte, même jusqu'à 150 degrés. P. Dubois, et MM. Pajot, Danyau, Blot, etc., ont réussi plus d'une fois à amener ainsi des enfants vivants.

Si la face était déjà rendue au bas de l'excavation, sur le périnée même, on pourrait, au moyen d'un petit forceps *droit*, faire exécuter à la tête son grand mouvement de rotation *en un seul temps*, en agissant, toutefois, avec une certaine lenteur, pour ne pas brusquer la résistance de la colonne cervicale et laisser au tronc le temps de suivre un peu le mouvement imprimé à la tête.

Schröder n'est pas partisan de cette rotation forcée ; il aime mieux laisser faire la nature qui, dit-il, arrive toujours ou presque toujours, en pareil cas, à ses fins (1), mais il oublie, évidemment, en conseillant une pareille temporisation, que, pour ne pas assurer davantage le salut de l'enfant qui, quoi qu'on fasse, est très-exposé, il compromet gravement le salut de la mère, qui pourra bien, effectivement, accoucher seule, mais qui aura probablement des suites de couches terribles (épuisement ou inflammations graves).

2° *Présentation de la base du crâne, l'enfant étant venu par les pieds et la tête étant restée enclavée, quoi qu'on ait pu faire pour prévenir cet accident.*

(1) Schröder, *Manuel d'accouchements*, trad. par Charpentier. Paris, 1875.

Si la tête est arrêtée au détroit supérieur, il n'est guère possible, nous l'avons dit, d'appliquer sur elle le forceps, sans une détroncation préa-

Fig. 127. — Manière de placer le forceps sur la tête se présentant par la base, l'occiput en avant. Sens dans lequel il faut tirer, de A en I. (Chailly.)

lable. Cependant, on pourrait en essayer, et si le tronc du fœtus ne remplissait pas trop exactement

l'excavation, peut-être réussirait-on. Nous avouons, pour notre part, avoir toujours échoué quand la

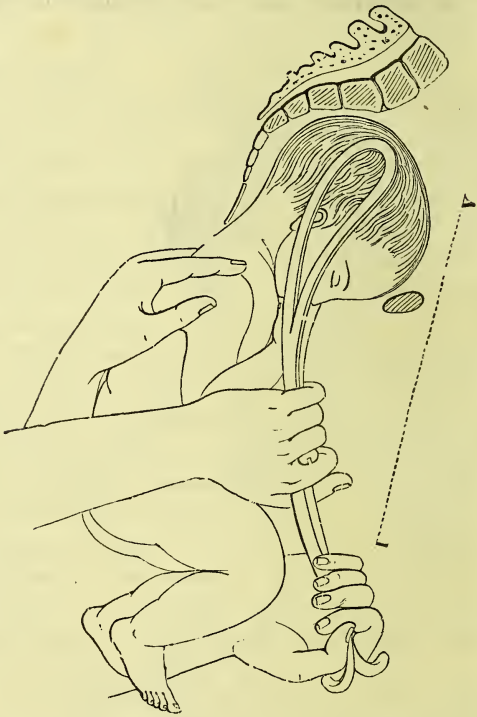


Fig. 128. — Manière de placer le forceps sur la tête se présentant par la base, l'occiput en arrière. Sens dans lequel il faut tirer, de A en I, c'est-à-dire vers soi et un peu de haut en bas. (Chailly.)

tête était arrêtée au détroit supérieur par cause de déflexion, le menton se trouvant tourné vers l'une ou l'autre fosse iliaque ; l'une des cuillers de

l'instrument arrivait bien à embrasser assez exactement l'occiput; mais l'autre n'embrassait que très-mal la moitié inférieure de la face et les tractions n'aboutissaient à rien.

Mais l'opération ne présente plus à beaucoup près les mêmes difficultés, quand la tête est arrêtée même assez haut dans l'excavation. On n'a alors qu'à faire relever ou abaisser fortement le tronc de l'enfant, suivant que l'occiput regarde en avant ou en arrière, et à procéder au placement des branches de l'instrument, d'après les règles établies plus haut.

C'est du moins là l'opinion de la plupart des auteurs français et entre autres de Cazeaux. Ils veulent que ce soit toujours *sur le plan sternal* du fœtus et non sur son plan dorsal, qu'on insinue, alors, les branches de l'instrument (V. *fig.* 127 et 128). Fidèle à cette règle, si l'on veut faire relever plus facilement le tronc du fœtus sur les pubis de la mère, dans le cas où la face regarde en arrière, on a soin d'envelopper préalablement d'une serviette le tronc et les bras tout ensemble ; — quand, au contraire, la face regarde en avant, cette précaution est inutile : on n'a presque qu'à abandonner le tronc à son propre poids pour qu'il s'abaisse suffisamment vers le périnée. — Une fois la tête saisie (et nous la supposons restée à l'état de flexion), si la face regarde le sacrum, on tire *en avant*, *puis en haut* de la main gauche, qui est au niveau des entablures, pendant qu'on relève peu à peu, de la main droite, le manche du forceps,

jusqu'à ce que les crochets soient en l'air (*fig.* 127). Et, au contraire, si la face regarde les pubis, on tire *par en bas* et *un peu en arrière* de la main gauche, tout en abaissant le manche lui-même, de la main droite (*fig.* 128) ; car, dans ce dernier cas, c'est le front et non l'occiput qui doit être dégagé le premier. — Il n'en serait plus de même, évidemment, si la tête se trouvait *défléchie*, et si le menton était accroché par-dessus les pubis : ce ne serait plus *par en bas* et *en arrière* qu'il faudrait tirer, comme tout à l'heure, mais *en avant*, *puis en haut*, exactement comme lorsque la face regardait en arrière, c'est-à-dire de A en I (*fig.* 127 et 129).

Dans le cas d'enclavement de la tête *défléchie* dans l'excavation, *avec le menton tourné en arrière*, il est plus que probable qu'on ne parviendra pas à la dégager avec le forceps et qu'on se verra contraint de recourir au céphalotribe.

Au contraire, dans le cas d'enclavement de la tête toujours *défléchie,* mais *avec le menton tourné en avant*, derrière les pubis, il est possible qu'on arrive à pouvoir repousser le menton au-dessus de ces os, et alors le cas cesse d'être grave ; car il suffit, en général, pour achever l'accouchement, de quelques tractions un peu fortes sur le tronc, aidées du grand mouvement *de ventre sur ventre*, ou, tout au plus, du forceps appliqué et manœuvré, non comme l'indique la figure 129 (méthode française), mais bien comme le conseillent les accoucheurs allemands (*V.* le traité de Nægelé

et Grenser, p. 296), et, avec eux, M. le docteur Grynfelt, professeur agrégé à l'école de médecine de Montpellier (1).

Dans le cas de tête *dernière* enclavée dans l'excavation, en position *mento-pubienne*, dit M. Grynfelt, s'il faut recourir au forceps, ce ne devra pas être par la méthode française, en passant, pour l'introduction des branches, sur le plan *sternal* du fœtus, mais bien par la méthode allemande, en passant sur le plan *dorsal*. Par cette dernière voie, les cuillers de l'instrument arriveront à leur place avec bien moins de difficultés qu'en suivant la première. Or, c'est à notre avis un sage conseil que donne là le jeune et habile agrégé de Montpellier. Mais, relatons le fait qui l'a conduit à modifier ainsi la règle française. Ce fait est intéressant de tous points et sera certainement d'un bon enseignement. Le voici :

Une jeune femme, primipare, a son enfant se présentant par le siége, 2e position. Les membres inférieurs sont complétement relevés sur le plan sternal et cette attitude empêche la rotation du dos en avant. Les membres inférieurs sont bientôt attirés au dehors ; mais, même avec eux, M. Grynfelt ne peut réussir à amener le dos en avant ; la tête descend et l'occiput va se loger dans

(1) Grynfelt, *De l'emploi du forceps pour extraire la tête du fœtus, après la sortie du tronc;* Mémoire des plus remarquables publié dans les *Annales de gynécologie*, t. II et III.

la concavité du sacrum. La manœuvre conseillée par madame Lachapelle, pour ramener la face en

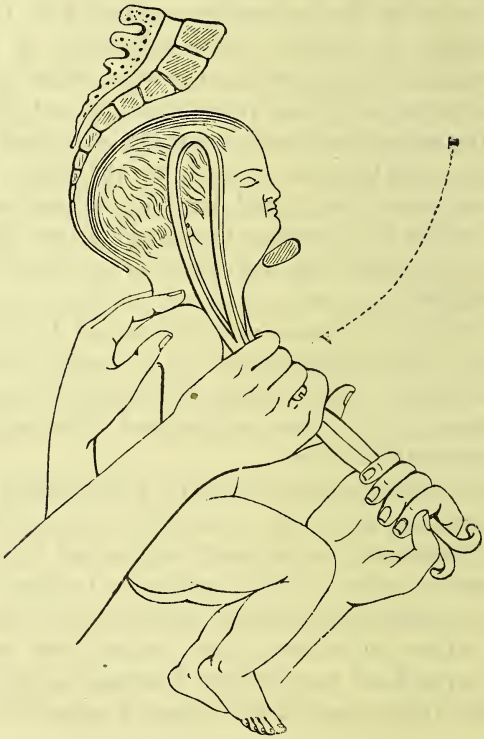


Fig. 129. — Sens dans lequel il faut tirer, de A en I, si le menton s'est arc-bouté sur les pubis. (Chailly.)

arrière est tentée, mais en vain. Il en est de même du grand mouvement *de dos sur dos*, d'abord, puis

du grand mouvement *de ventre sur ventre* (Pajot), tout cela aidé de fortes tractions ; rien n'y fait. Alors, M. Grynfelt essaye d'appliquer le forceps, en laissant tomber de lui-même le tronc de l'enfant sur le périnée, et en cherchant à insinuer les branches de l'instrument sur le plan *sternal :* mais, il ne peut aboutir à placer convenablement même la première branche. Et il en était là, quand le professeur Dumas arrive et fait l'application du forceps, *avec une facilité vraiment surprenante*, rien qu'en ayant soin de faire relever le tronc de l'enfant fortement *en haut*, sur le ventre de la femme, au lieu de le laisser tomber vers le périnée, et en glissant les branches de l'instrument en arrière, *au-dessous de l'enfant*, *sur son plan dorsal.* — L'enfant était mort, bien entendu ; il vient de suite, et le placenta, qui avait eu le temps de se décoller, vient avec lui.

3° *Tête restée seule dans la matrice après détroncation.* — L'application, soit du forceps, soit du céphalotribe, est ici assez difficile, à cause de l'élévation de la tête, et surtout à cause de sa mobilité. Pour conduire sûrement les cuillers sur les côtés de la tête, il faut, d'abord, faire fixer cette tête le mieux possible par les mains d'un aide intelligent, comprimant la région hypogastrique et, par conséquent, l'utérus (1); puis, introduire la main entière jusque dans cet organe, pour servir de guide dans le placement des branches de l'in-

(1) *Voir*, du reste, l'article *Céphalotripsie.*

strument. Mais, cette introduction des deux mains

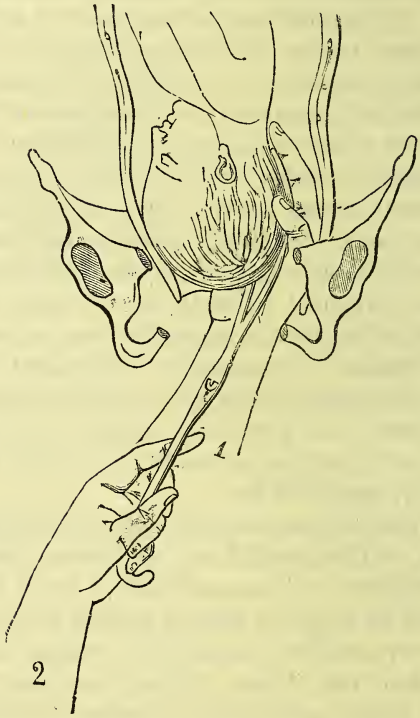


Fig. 130. — Procédé Hatin pour le placement des branches du forceps sur la tête encore mobile au-dessus du détroit supérieur (1).

(1) Dans les figures 130 et 131, c'est la main *gauche* 2 qui tient les branches du forceps, et la main *droite* 1 qui les conduit, sur les côtés d'une tête tenant encore au tronc. Malgré cela, ces figures n'en feront pas moins bien comprendre le procédé.

entières, l'une après l'autre dans des parties fatiguées, gonflées, irritées par la longueur du tra-

Fig. 131. — Procédé Hatin pour le placement des branches du forceps sur la tête encore mobile : 1, main droite faisant l'office de conducteur; 2, main gauche introduisant la branche droite; 3, main d'un aide retenant en place la branche gauche déjà introduite.

vail et les tentatives d'extraction déjà faites, cause d'assez vives douleurs à la femme et l'expose évidemment à une inflammation consécutive. Or,

c'est pour diminuer les souffrances et tout à la fois les chances d'inflammation, que M. Hatin a eu l'idée de se servir d'une seule main pour conduire, sans désemparer, les deux branches du forceps sur les côtés d'une tête arrêtée au-dessus du détroit supérieur. Le procédé de M. Hatin (*fig.* 130 et 131), consiste donc à introduire, par exemple, la main *gauche* entière dans la cavité utérine pour guider dans le placement des cuillers, et à ne se servir que de la main *droite* pour l'introduction des branches de l'instrument. Pendant l'introduction et le placement de la branche *gauche*, la main gauche, qui est dans la matrice, est tenue *en supination forcée*, et, au contraire, *en demi-pronation*, pendant l'introduction et le placement de la branche *droite*. Or, pour opérer ce changement de position, cette main gauche n'a pas besoin de sortir de l'utérus; elle n'a besoin que d'être glissée *par derrière la tête*, pour passer d'un côté de cette tête à l'autre et, par suite, de la supination forcée à la demi-pronation. Si c'était la main *droite*, elle passerait de la demi-pronation à la supination forcée.

Tant mieux, si l'on a pu réussir, préalablement à l'introduction de l'instrument, à faire que la tête se présente franchement par le menton au détroit supérieur; car, si le menton s'arc-boute sur un point quelconque de la circonférence du détroit, est plus que probable que le forceps restera insuffisant et qu'il faudra recourir à une application répétée du céphalotribe. Qu'on se serve, du reste,

du forceps ou du céphalotribe, c'est le cas ou jamais de suivre le conseil que nous avons donné plus haut, de *bien veiller à ce que l'aide, qu'on charge de tenir immobile le manche de la première branche placée*, que nous supposons *la gauche, ne rapproche pas trop l'extrémité de ce manche de la ligne médiane,* de peur d'un mouvement de bascule qui porterait la tête sur la fosse iliaque droite, d'où impossibilité d'arriver à placer convenablement la seconde branche.

Tels sont les services, les *immenses* services, que peut rendre et que rend réellement chaque jour le forceps ordinaire, entre les mains des praticiens qui savent s'en servir.

Charrière, père, cet ouvrier hors ligne qui avait le sens chirurgical si développé, nous disait, en 1855, en nous livrant le forceps *brisé* du professeur Pajot, (qui n'est après tout que le forceps de Baudelocque rendu plus portatif par la brisure de ses branches) : « Voilà un instrument qui en est « aujourd'hui à son summum de perfection ; il n'a « plus aucune modification à subir, ni dans la pro- « fondeur de ses cuillers, ni dans leur largeur, ni « dans leur courbure latérale, ni dans le mode « d'articulation des branches : Tel il est, tel il res- « tera : c'est *le roi des instruments.* »

Et, au point de vue des services qu'il rend, Baudelocque avait déjà dit : « Le forceps pourrait pas- « ser pour le plus utile de tous les instruments de « chirurgie, nul autre n'ayant, comme lui, le dou- « ble avantage de conserver la vie à plusieurs

« individus à la fois, sans nuire à aucun d'eux. »

Et pourtant, M. S. Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité de Paris, trouvant *qu'on ne peut jamais, avec le forceps ordinaire, faire des tractions suffisantes dans une bonne direction, quelle que soit la hauteur à la quelle la tête fœtale est arrêtée dans le pelvis*, vient d'inventer et de préconiser un nouvel instrument qu'il dit *d'une meilleure forme* et qui, selon lui, *doit permettre de tirer toujours suivant l'axe du bassin.*

Comme l'utilité de ces sortes de choses n'est jamais démontrée que par l'expérience, et qu'ici l'expérience n'a pas encore donné sa sanction, nous nous contenterons de placer sous les yeux du lecteur quelques figures empruntées à la description même de M. Tarnier, figures qui, avec leurs légendes explicatives, suffiront à faire comprendre parfaitement le but et le mécanisme du nouveau forceps. Par les courbures toutes spéciales de ses branches de préhension, par ses tiges de traction, idée toute neuve, et par le mode d'articulation de ces tiges de traction avec les branches de préhension, ce forceps constitue un instrument tout nouveau, tout à fait original, et nous ajouterons, pour être juste, des plus ingénieux. Il est très-possible qu'il fasse son chemin et qu'il détrône un jour les forceps actuels; mais il faudra évidemment du temps pour cela ! Et, en attendant, que les jeunes praticiens se rassurent ! la chirurgie obstétricale, jusque-là, ne se trouvera nullement en détresse, puisqu'elle gardera à sa

disposition des forceps comme ceux de Stoltz et de Nægelé, et, encore mieux ce bon vieux forceps français, la gloire de Levret, et le serviteur fidèle

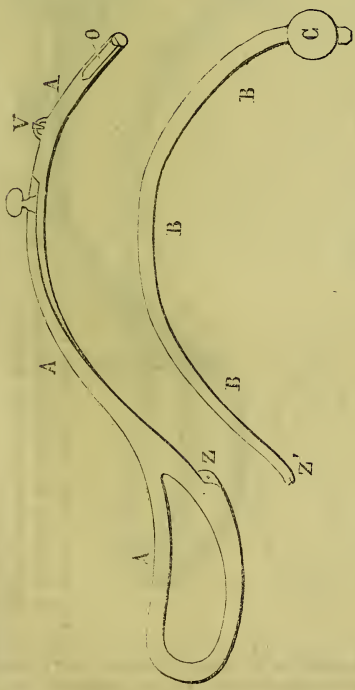


Fig. 132. — Branches de préhension et tiges de traction du nouveau forceps de Tarnier, vues séparément.

AAA. Branche de préhension. — BBB. Tige de traction. — C. Coupe de la poignée dans laquelle s'implantent les tiges de traction. — O. Oreille analogue à celle du forceps de Stoltz, pouvant s'abaisser ou s'élever à volonté. — V. Vis de pression. — Z. Partie articulaire de la branche de préhension, destinée à recevoir le crochet de la tige de traction. — Z'. Crochet de la tige de traction destiné à s'articuler avec la branche de préhension.

de tous les maîtres-accoucheurs qui se sont succédé, en France, depuis bientôt un siècle et demi.

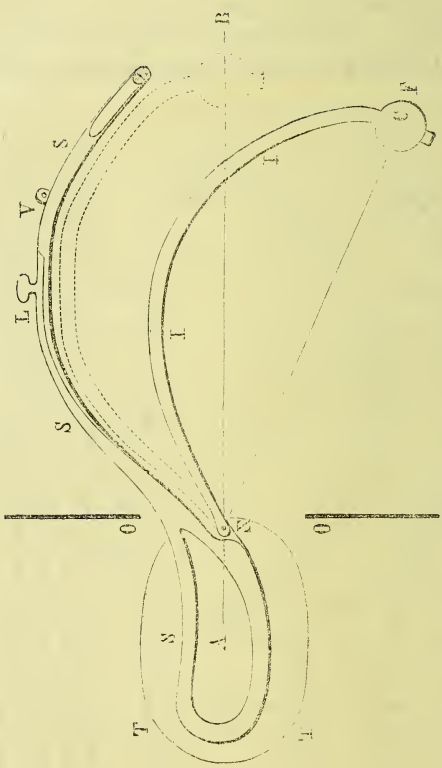


Fig. 133. — Autre profil du même forceps, les branches de traction étant articulées aux branches de préhension et un pointillé indiquant dans quel rapprochement doivent être ces branches pour que les tractions soient bien dirigées.

SSS. Branches de préhension. — II. Tiges de traction. — TT. Tête fœtale. — OO. Bords de l'ouverture que la tête doit franchir. — AB. Axe de l'ouverture que la tête doit franchir. — ZF. Ligne des tractions mal dirigées. — A. Centre supposé de la tête. — C. Coupe de la poignée dans laquelle s'implantent les tiges de traction. — L. Pivot de l'articulation des branches de préhension. — V. Vis de pression.

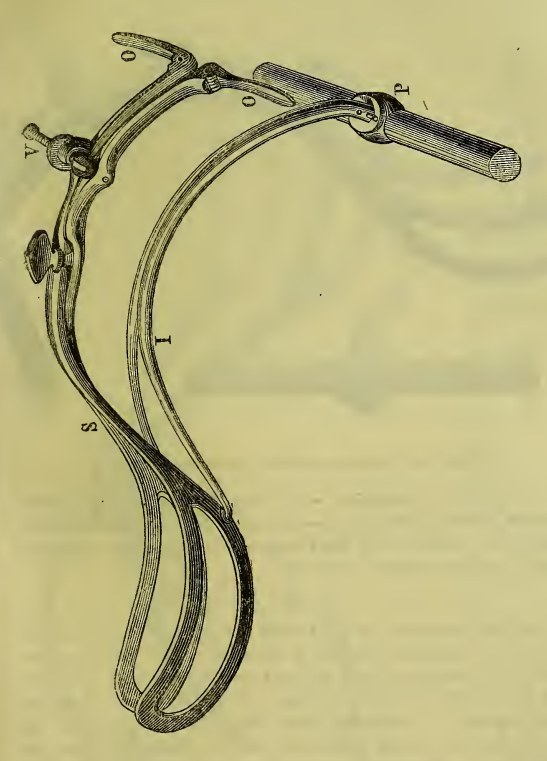


Fig. 134. — Même forceps vu de trois quarts. Les branches de préhension et de traction sont assemblées, mais écartées à dessein pour mieux faire voir la disposition de l'instrumeut.

I. Tiges de traction. — S. Branches de préhension. — Oreilles abaissées. — P. Poignée. — Vis de pression.

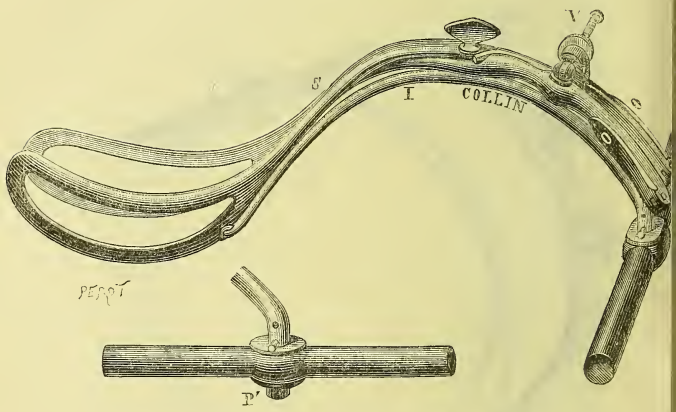


Fig. 135. — Même forceps, vu de trois quarts.

S. Branches de préhension. — I. Tiges de traction. — O. Oreille pouvant s'élever ou d'abaisser. — P. Poignée dans laquelle s'implantent les tiges de traction. — P' Même poignée, vue à part, dans laquelle les tiges de traction tournent librement.

Les tiges de traction et les branches de préhension sont rapprochées à 1 centimètre environ de distance, comme cela doit être, selon M. Tarnier, au momont où l'on commence à tirer sur la poignée des tiges de traction et *tout le temps qu'on tire*. On ne touche pas aux branches de préhension; elles jouent ici (v. *fig.* 133) le rôle d'une véritable aiguille indicatrice, puisque l'opérateur, pour bien diriger ses tractions, n'a qu'à suivre les oscillations de ces mêmes branches de préhension, en ayant grand soin seulement de les tenir toujours rapprochées des tiges de traction, à 1 centimètre environ de distance; quand on tire trop bas (*fig.* 134), cette distance augmente; quand on tire trop haut, au contraire, les branches de préhension et les tiges de traction se touchent, ce qu'il faut éviter.

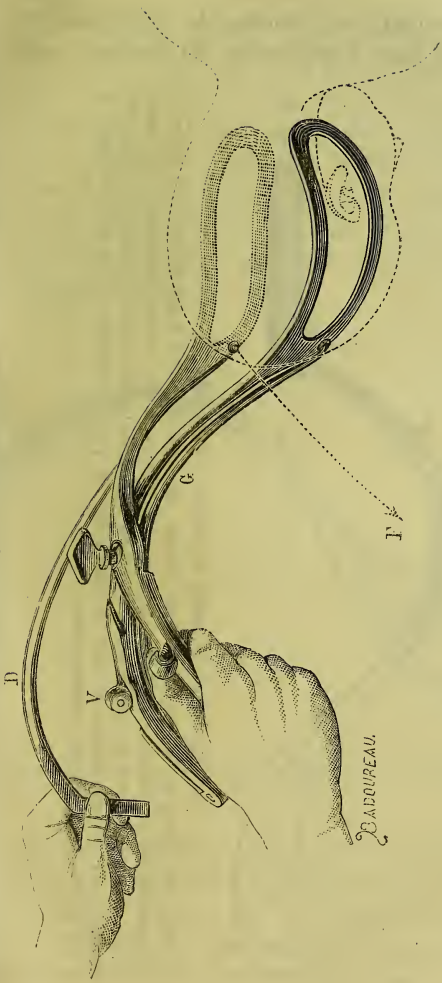


Fig. 136. — Articulation des branches de préhension.

D. Tige de traction attenant à la branche droite du forceps. — G. Branche gauche et tige gauche de traction. — F. Flèche indiquant la direction que prendra la tige D lorsqu'elle sera abandonnée à son propre poids. — V. Vis de pression.

L'introduction des branches de préhension se fait comme dans l'application du forceps ordi-

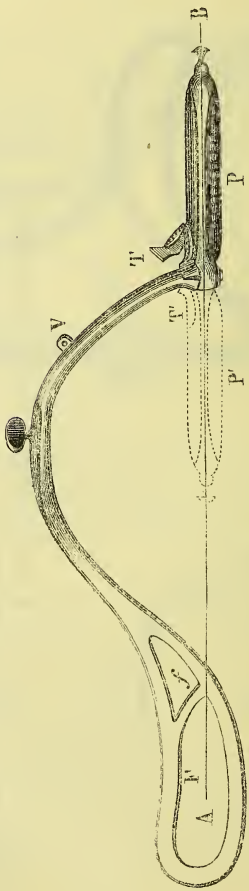


Fig. 137. — Profil du modèle du nouveau forceps à poignées mobiles.

A. Ligne de traction du forceps. — F. Grande fenêtre de la cuiller. — f. Petite fenêtre de la cuiller. — P. Poignée dirigée en arrière. — P'. Poignée retournée sous l'instrument dans la ligne de traction. — T. Loquet soulevé pour laisser tourner la poignée autour du manche du forceps. Quand on abaisse le loquet la poignée devient fixe. — T'. Loquet abaissé pour fixer la poignée dans la position indiquée par la ligne pointillée. — V. Vis de pression allant d'une branche à l'autre.

naire : branche gauche, main gauche ; branche droite, main droite. Mais, les deux cuillers introduites, avant d'articuler les branches de préhension entre elles, il faut saisir avec la main gauche la tige droite de traction et la faire passer, de gauche à droite, par-dessus le pivot ; puis on l'abandonne à elle-même, pour un instant, jusqu'à ce qu'on la relie à sa congénère dans le trou de la poignée (Tarnier).

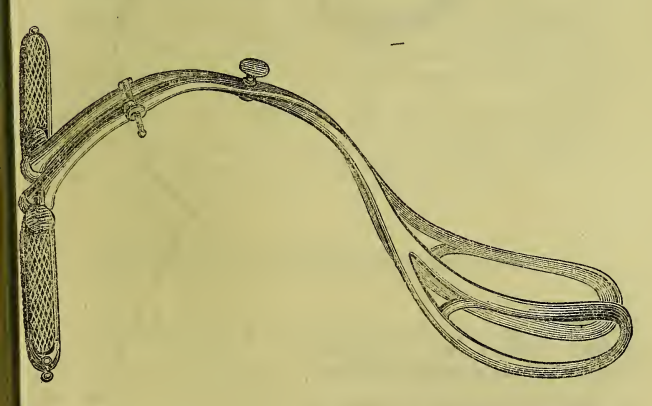


Fig. 138. — Même forceps vu de trois quarts. Les poignées sont fixées transversalement et sont ainsi facilement et solidement saisies par les mains.

Ces deux dernières figures (137 et 138) représentent une modification très-notable apportée à son premier forceps par M. Tarnier lui-même, dans le but de ne plus exposer l'instrument au reproche fondé d'être moins simple que le forceps

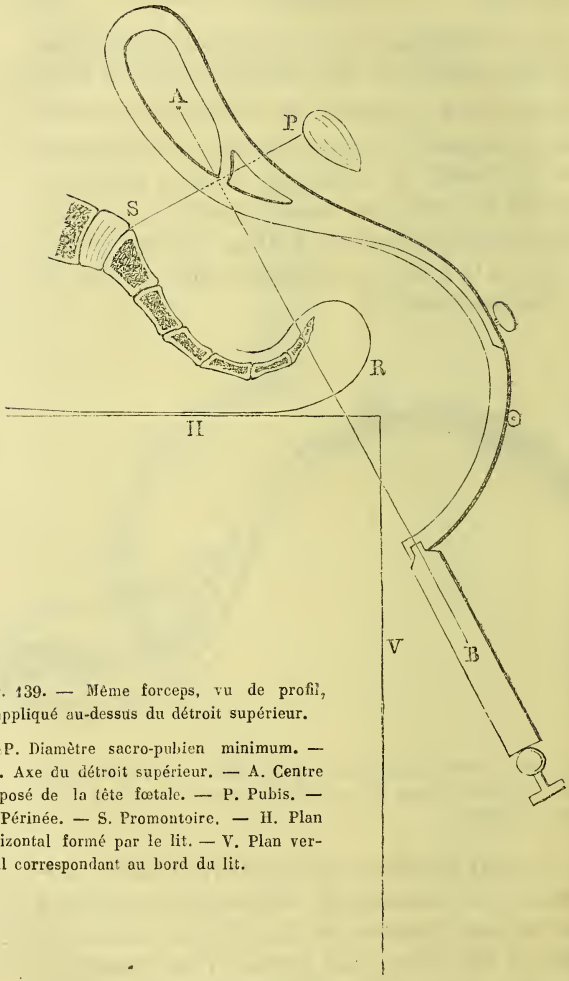


Fig. 139. — Même forceps, vu de profil, appliqué au-dessus du détroit supérieur.

SP. Diamètre sacro-pubien minimum. — AB. Axe du détroit supérieur. — A. Centre supposé de la tête fœtale. — P. Pubis. — R. Périnée. — S. Promontoire. — H. Plan horizontal formé par le lit. — V. Plan vertical correspondant au bord du lit.

ordinaire. Ici, en effet, il y a simplicité de construction : deux branches croisées, sans rien de plus; mais toujours une courbure toute particulière qui lui permet facilement de tirer suivant l'axe même du bassin, et toujours aussi une vis de pression pour maintenir les deux branches rapprochées et assurer la pression des cuillers sur la tête du fœtus. Ces cuillers offrent en outre deux fenêtres F et *f*; la grande fenêtre se termine juste au niveau d'une ligne qui passe par l'axe de l'instrument A B, et qui doit coïncider avec l'axe du bassin, lorsque ce forceps est régulièrement appliqué (1).

Répétons, en terminant, que tout cela est fort ingénieux, mais a besoin, pour être jugé réellement utile, de la sanction de l'expérience.

Crâniotomie ou perforation du crâne.

La *crâniotomie* est une opération qui a pour résultat la perforation de la boîte crânienne, afin de permettre l'écoulement de la matière cérébrale et de réduire par là les diamètres de la tête. Ce n'est point un moyen direct d'extraction; c'est tout simplement un moyen de réduction, mais un moyen de réduction très-efficace. Aussi, dans certains cas, avons-nous vu P. Dubois se contenter de pratiquer la crâniotomie, laissant ensuite aux con-

(1) S. Tarnier, *Mémoire*, p. 38.

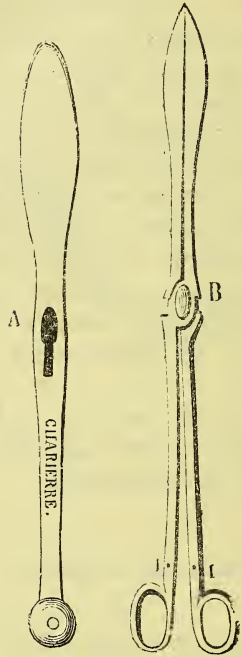


Fig. 140. — Ciseaux de Smellie à gaîne protectrice.

Cet instrument est composé de deux lames dont les tranchants fonctionnent en sens inverse des ciseaux ordinaires, et qui, réunies à leur extrémité en forme de pointes, servent do perforateur; une gaîne en maillechort, échancrée au milieu A, se fixe sur l'articulation B des ciseaux, et se trouve maintenue dans deux petits trous I, I, prés des anneaux, et couvrant parfaitement les tranchants et la pointe, rend l'instrument complétement mousse; cette gaîne se retire facilement quand l'instrument est placé. Ces ciseaux sont introduits recouverts de leur gaîne dans le vagin; et quand leur pointe est arrivée à toucher la tête du fœtus, la gaîne étant retirée, d'un coup sec ils sont enfoncés dans le crâne, où on les ouvre pour broyer le cerveau par un mouvement de circumduction.

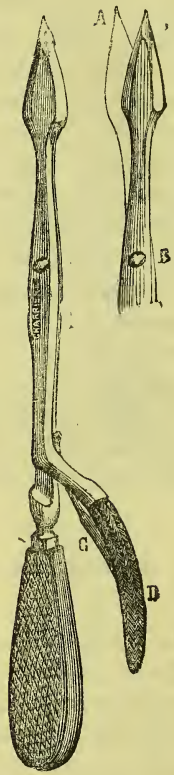


Fig. 141.—Perce-crâne de Blot fermé; même instrument ouvert.

Cet instrument n'a pas besoin de gaîne, le tranchant d'une des lames étant masqué par le dos de l'autre, et *vice versâ*.

tractions utérines, si elles étaient assez énergiques, le soin d'amoindrir la tête, en faisant écouler la matière encéphalique.

La crâniotomie s'exécute avec les ciseaux de Smellie (*fig.* 140, ou le perce-crâne de M. H. Biot (*fig.* 141), ou les ciseaux de Nægelé (*fig.* 142), ou, au besoin, avec n'importe quel instrument tout à la fois solide, piquant et un peutranchant vers la pointe. Un grand scalpel à double tranchant, dont on garnirait la pointe, comme on le fait pour les ciseaux de Smellie sans gaîne, d'une boulette de cire, et la lame d'une bandelette de linge roulée sur elle-même en spires peu serrées, — serait un instrument parfaitement convenable pour pratiquer la perforation du crâne. Voici, du reste, comment se fait l'opération :

Fig. 142. Ciseaux de Nægelé.

La femme étant placée comme s'il s'agissait d'une application de forceps, c'est-à-dire sur le bord de son lit et le périnée tout à fait en dehors, on engage la main gauche, moins le pouce, dans le vagin, les quatre doigts disposés en cône, et, dès qu'on sent à nu la tête de l'enfant, on relève, s'il le faut, la moitié antérieure du col et on glisse la lame du perce-crâne, quel qu'il soit, dans le vide résultant de l'arrangement des doigts et à raser exactement

la face palmaire de ceux-ci. S'il se trouve sous la pointe de l'instrument une fontanelle ou une suture, tant mieux, la ponction sera des plus faciles ; un coup sec suffira pour entrer dans le crâne. Mais il n'y a pas à se laisser déconcerter, si c'est un os qu'on rencontre au centre de l'orifice utérin : on applique sur lui la pointe du perce-crâne *le plus perpendiculairement possible à sa surface, ayant soin, à cet effet, d'abaisser le manche de l'instrument jusqu'à déprimer le bord antérienr du périnée*, et, par une forte pression combinée à de petits mouvements de rotation à droite et à gauche, on pénètre dans la cavité crânienne. La sensation d'une résistance vaincue et la sortie d'un mélange de sang noir et de pulpe cérébrale avertissent l'opérateur qu'il a bien pénétré où il le fallait. Alors, il n'y a plus qu'à écarter les lames du céphalotome et à leur imprimer quelques mouvements de circumduction pour broyer le cerveau ; après quoi, on retire l'instrument, en protégeant toujours le vagin avec la main conductrice. S'il paraissait nécessaire d'agrandir l'ouverture, on retirerait le perce-crâne les lames ouvertes.

Cela fait, si le rétrécissement du bassin n'est pas très-considérable, si le diamètre sacro-pubien n'a pas moins de 8 centimètres 1/2, et si l'utérus se contracte vigoureusement, on essaye d'abandonner le reste du travail à la nature, quitte à aider celle-ci avec le forceps, si elle est impuissante. Mais, si le diamètre rétréci du bassin a moins de 8 centimètres, on fait suivre de suite la

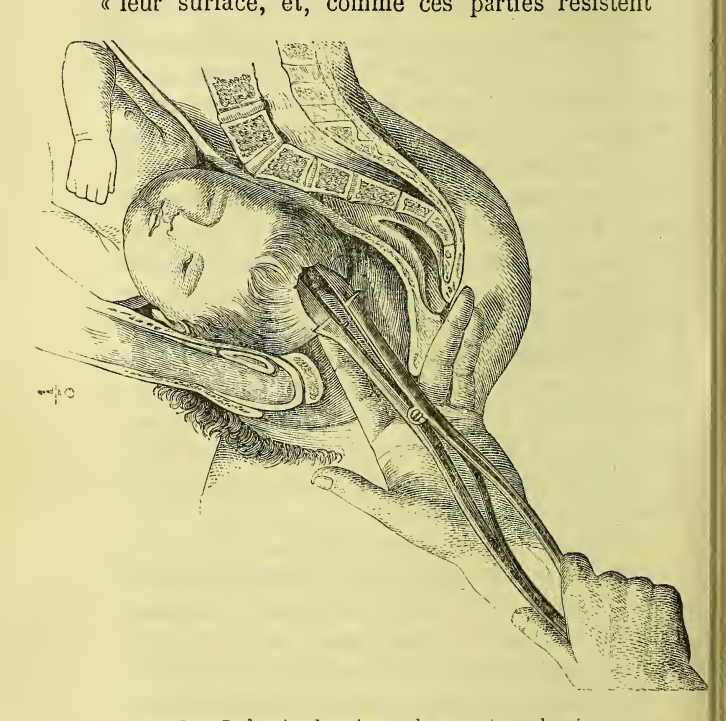
perforation du crâne de l'application du céphalotribe.

Dans le cas où l'on ne se servirait pas du céphalotribe, Cazeaux voudrait que l'on fît des injections dans le crâne lui-même, avec une seringue armée d'une longue canule, pour faciliter la sortie de la pulpe nerveuse broyée. Mais, évidemment, cette précaution est inutile ; ces injections ne feraient que compliquer et rendre plus repoussante, sans aucun avantage, une opération qu'il convient de laisser dans toute sa simplicité et d'envelopper de plus grand secret possible ; et il est bien plus sage de se borner, comme le veut Chailly (1), à disposer devant la vulve un linge pour recevoir la bouillie encéphalique, à mesure qu'elle s'écoulera, et la soustraire, si cela se peut, aux regards des assistants. La pression que les contractions de l'utérus ou le forceps, et, à plus forte raison, le céphalotribe, exercent sur la tête, suffisent à l'évacuation de cette bouillie.

« La perforation du crâne, quand la tête se pré-
« sente par le sommet, est une opération facile et
« qui n'expose nullement la femme (*fig.* 143). Mais
« il n'en est plus de même dans le cas où la tête,
« après l'extraction du tronc, se trouve arrêtée au
« détroit supérieur rétréci ; alors, la perforation est
« difficile et peut être dangereuse pour la mère, si
« l'on veut percer le crâne par l'occiput ou par le

(1) Chailly, *Traité pratique de l'art des Accouchements*, 5e édition. Paris, 1867.

« front. En effet, agissant sur ces parties, l'instru-
« ment n'est pas dirigé perpendiculairement à
« leur surface, et, comme ces parties résistent



g. 143. — Perforation du crâne par le sommet avec les ciseaux de Nægelé.

« plus que ne le fait habituellement le sommet, la
« pointe du céphalotome peut glisser et aller bles-
« ser les organes maternels. Il vaut mieux, à l'aide
« de deux doigts introduits dans la bouche, abais-

« ser fortement la mâchoire inférieure et faire, « alors, pénétrer le perce-crâne dans la masse « cérébrale, en perforant la voûte palatine (*fig.* 144). « Par ce procédé, on peut agir perpendiculaire-

Fig. 144. — Perforation du crâne par la voûte palatine (Chailly) avec les ciseaux de Smellie.

« ment, et, dans tous les cas, on n'a pas de glis- « sement à craindre. » (Chailly.)

Cependant, L.-J. Hubert, de Louvain, trouve qu'il y a mieux à faire encore que de perforer la

base du crâne par la voûte palatine (1). Suivant lui, c'est en brisant l'arc-boutant même des os du crâne, le *sphénoïde*, qu'on réduira le plus sûrement le volume de la tête. Le sphénoïde brisé, les temporaux et les pariétaux, qui prennent leur point d'appui sur lui, s'affaisseront avec une grande facilité et passeront par un rétrécissement de 6 et même de 5 centimètres. Quant à l'occipital et au frontal, il n'y aura pas à s'en inquiéter, ils s'infléchiront, s'inclineront, s'engageront obliquement et passeront toujours.

Partant de cette donnée anatomique, M. Hubert procède ainsi, le cas échéant : Le tronc du fœtus étant dehors, la tête seule arrêtée au détroit supérieur, il pratique, à la partie supérieure du sternum et *transversalement*, une incision de 6 à 7 centimètres ; il en dissèque le lambeau supérieur dans l'étendue d'un centimètre et y introduit une longue et forte pince à polype qu'il pousse jusqu'à la base du crâne. En ouvrant alors cette pince, en sens divers, et en tenant ses branches écartées au moment où il la retire, il fraye une route que le *perforateur* (*fig.* 145) parcourra ensuite sans difficulté et sans danger, puisqu'il se trouve dans une véritable gaîne qui le conduira sûrement à la voûte du pharynx, c'est-à-dire à peu près sur la base du sphénoïde.

Si les deux doigts qui ont guidé la pince arrivent

(1) L.-J. Hubert, *Cours d'accouchement professé à l'université de Louvain*, publié par son fils. Louvain, 1869, t. II.

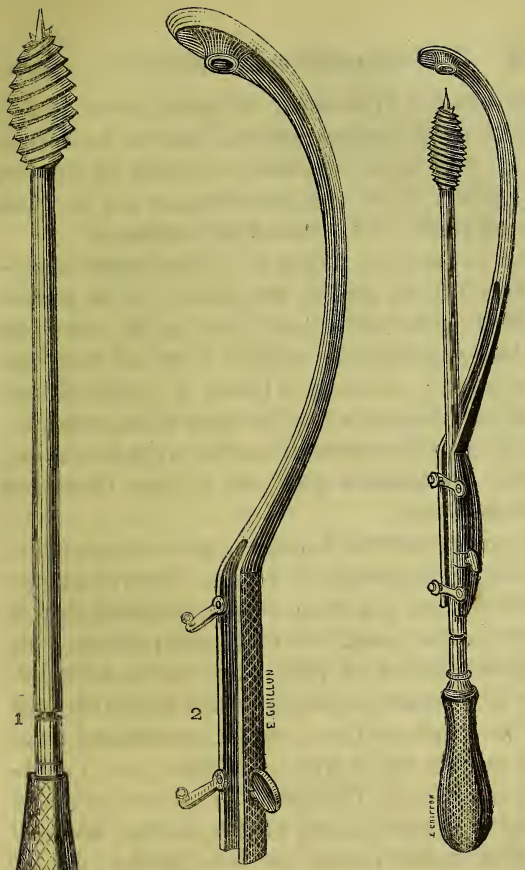


Fig. 145. — Transforateur d'Eug. Hubert,

1. Terebellum, perce-crâne, perforateur consistant en une tige d'acier très-solide, montée sur une poignée et surmontée d'une poire qui est parcourue par un triple pas de vis et terminée par un poinçon semblable à celui des trocarts.

2. Branche protectrice, ou branche femelle, assez semblable à une branche de forceps, mais n'offrant que 32 millimètres de largeur. Elle représente une cuiller dont le bec un peu renflé est percé d'un trou évasé et assez large pour recevoir sûrement et masquer la pointe du térébellum. Son manche est creusé en gouttière pour recevoir la tige du perforatour. Sur un des bords de cette gouttière se trouvent deux clavettes sur pied.

sans peine à la bouche, ils accrocheront la mâchoire et la fixeront pendant que le perforateur agira. Mais cette précaution n'est pas de rigueur, puisqu'une légère traction continue sur le tronc peut donner à la tête une fixité suffisante.

Le perforateur, auquel M. Hubert donne la préférence sur les ciseaux de Smellie ou de Nægelé et sur le perce-crâne de M. Blot, est le *terebellum* de Dugès, modifié de manière à ce que la tête de l'instrument, en forme de fuseau et un peu grosse, pour faire éclater la base du crâne en la perforant, soit, en outre, garnie partout d'un triple pas de vis, qui le fait marcher plus vite et pour l'entrée et pour la sortie.

Donc, après avoir pratiqué la gaîne tégumentaire à la région antérieure du cou, M. Hubert y engage le *terebellum*, que deux doigts introduits dans le vagin guident jusqu'à la voûte pharyngienne : ces deux doigts vont, de plus, accrocher la mâchoire, s'ils le peuvent ; et alors, la tête étant fixée, soit par ces doigts, soit par une traction continue qu'opère un aide sur le tronc, il perfore, ou la gouttière basilaire de l'occipital, ou la base même du sphénoïde, avec la tête du *perforateur* auquel il imprime un mouvement de vis de gauche à droite ; et, celui-ci ayant pénétré de 5 ou 6 centimètres, Hubert cherche à lui imprimer quelques mouvements latéraux, pour broyer l'encéphale ; puis, il le ramène, par un mouvement de rotation en sens inverse du premier, jusqu'au-dessous de la base du crâne, mais sans le retirer de la gaîne tégu-

mentaire ; il se contente de changer un peu sa direction, et l'enfonce de nouveau, mais dans un autre point solide ; et, ainsi de suite, pour un plus ou moins grand nombre de perforations, selon que le vice de conformation du bassin est plus ou moins considérable.

Quoi qu'il en soit, une fois la base du crâne disloquée, quelques fortes tractions suffiraient à entraîner le fœtus ; il n'y aurait plus besoin du céphalotribe.

C'est à l'expérience à prononcer entre le procédé de Chailly et celui de Hubert. Mais, en attendant, nous aurions une certaine tendance à préférer le procédé Hubert, comme moins dangereux pour la mère et plus facile à exécuter.

Enfin, si la tête arrêtée se présentait par la face, on choisirait nécessairement l'orbite la plus accessible, comme point d'introduction de l'instrument perforateur, et l'on arriverait par là dans le crâne presque aussi facilement qu'en passant au travers d'une fontanelle.

Céphalotripsie.

Quand le bassin rétréci n'a pas moins de 8 centimètres, la perforation du crâne, suivie surtout de l'application du forceps, peut suffire au dégagement de la tête, réduite de beaucoup par l'évacuation de la matière cérébrale. Mais, lorsque le plus petit diamètre du bassin a moins de 8 centimètres, il faut nécessairement ajouter à la crâniotomie l'action du *céphalotribe*, espèce de forceps dont

les branches sont très-fortes, les cuillers longues, étroites, fenêtrées (*fig.* 148) ou non (*fig.* 147), et les manches munis à leur extrémité, pour le rapprochement des cuillers, d'un mécanisme puissant, soit

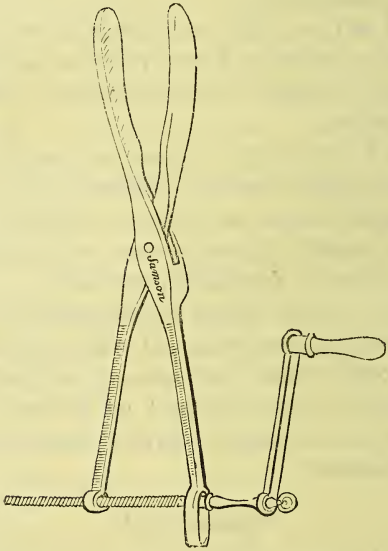


Fig. 146. — Céphalotribe à manivelle imaginé par Baudelocque neveu vers 1829.

Instrument volumineux, difficile à appliquer, exigeant un trop grand écartement des cuisses de la femme pour le jeu facile de son mécanisme, et aujourd'hui complétement abandonné.

vis à manivelle (*fig.* 146), soit vis à volant (*fig.* 147 et 148), soit tige crénelée mue par une clef à engrenage (*fig.* 149), soit lanière de cuir qui s'enroule (*fig.* 150).

Le *forceps-scie* de M. Van-Huevel (*fig.* 151 et 152 est fort ingénieux sans doute ; mais il a le grave inconvénient d'être trop compliqué ; et, après tout, il ne vaut pas mieux que notre céphalotribe ordinaire qui, dans des mains habiles, suffit à tous les cas.

L'application de ce dernier se fait suivant les mêmes règles que l'application *directe* du forceps. Seulement il est bon de redoubler de précautions à cause de la longueur, du poids et de la force de l'in-

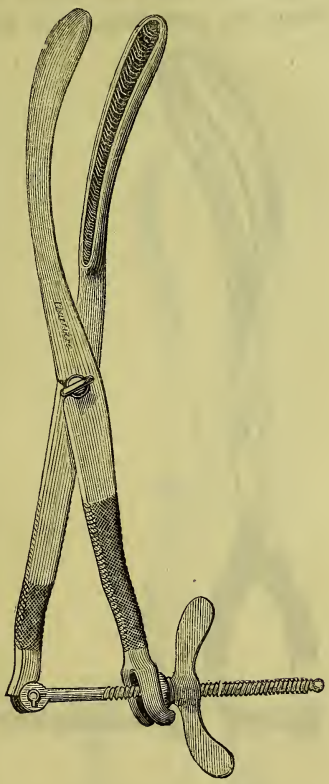


Fig. 147. — Céphalotribe de M. Pénard. — La grande manivelle de Baudelocque a été remplacée par une vis à larges filets et indépendante, que l'on articule sur la branche gauche de l'instrument, en l'engageant parallèlement à l'axe de cette branche, dans le clou en forme de T qui y est rivé solidement. Cette vis est placée ensuite à angle droit sous la branche droite, et un volant léger, proportionné à une force moyenne, roule sur cette même vis pour serrer à volonté les deux branches du céphalotribe. — C'est le plus simple et le moins susceptible de se déranger ; c'est en même temps le moins cher. Il a été adopté par la généralité des praticiens.

strument. Qu'on se figure quels désordres affreux on produirait, si on allait pincer maladroitement la paroi utérine en même temps que la tête du fœtus! C'est donc ici, ou jamais, le cas de guider avec le plus grand soin chacune des branches du céphalotribe, avec les doigts index et médius engagés jusque dans l'utérus et *bien sûrement engagés entre le pourtour du col de cet organe et la tête fœtale.* C'est d'une importance *capitale;* au point que si deux doigts ne suffisaient pas à donner la certitude que les mors de l'instrument vont bien se placer où il faut, on ne devrait pas hésiter à engager toute la main, moins le pouce, dans le vagin, pour pouvoir porter les doigts conducteurs plus haut.

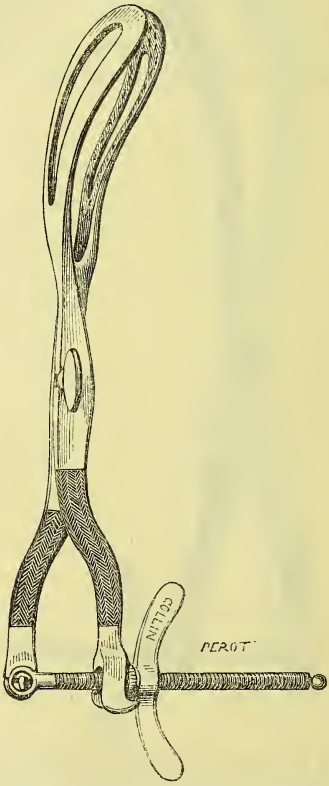


Fig. 148. — Nouveau céphalotribe de Bailly, à mors fenêtrés.

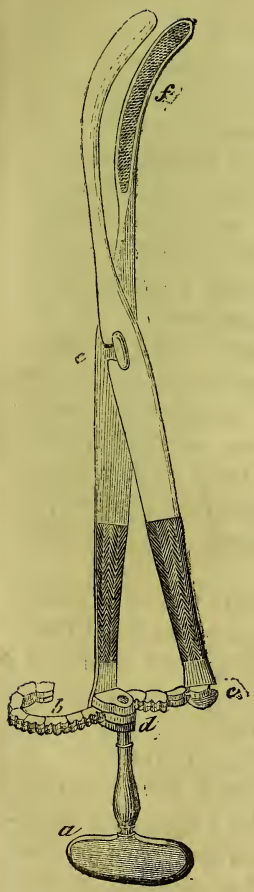


Fig. 149. — Céphalotribe de M. Depaul, modifié.

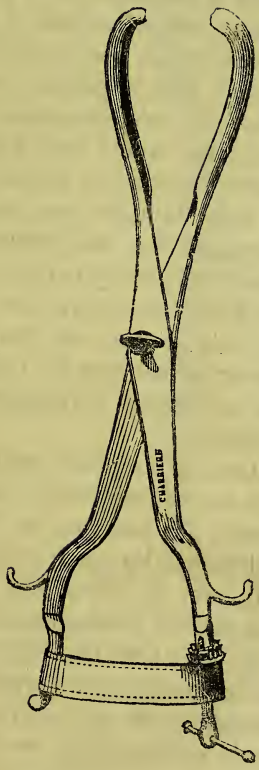


Fig. 150. — Céphalotribe de Chailly.

Du reste, pendant qu'on introduit celles-ci, *un aide, monté sur le lit à côté de la femme, doit fixer solidement l'utérus avec ses deux mains*, pour que la tête n'abandonne pas le détroit supérieur après le placement de la première branche ; *c'est là une précaution tout à fait indispensable*. On n'oubliera pas, non plus, de *porter fortement par en bas*, vers le périnée, *le manche de l'instrument*, si le rétrécissement est extrême et si l'on veut saisir la tête aussi haut que possible, par sa partie moyenne, et ne pas s'exposer à la voir fuir en avant des mors aux premiers tours de clef ou de volant. Si le rétrécissement est moyen, il n'est plus nécessaire de porter les manches de l'instrument aussi en arrière et en bas ; on atteindra malgré cela la tête assez haut. Enfin, on aura soin de porter les manches du céphalotribe d'autant plus *par en bas* que le rétrécissement sera plus considérable.

Quoi qu'il en soit, une fois la tête saisie suivant l'un de ses diamètres, n'importe lequel (et l'écartement des branches de l'instrument suffit seul à indiquer si les mors sont bien placés ou non), on fait jouer le mécanisme jusqu'à ce que les becs des cuillers se touchent ou à peu près.

Si l'on a suivi le précepte de P. Dubois, qui veut qu'on fasse toujours précéder l'application du céphalotribe de la perforation du crâne, on voit, après quelques tours de clef ou de volant, la pulpe cérébrale s'échapper de la vulve et annoncer que le broiement de la tête se fait bien. On continue,

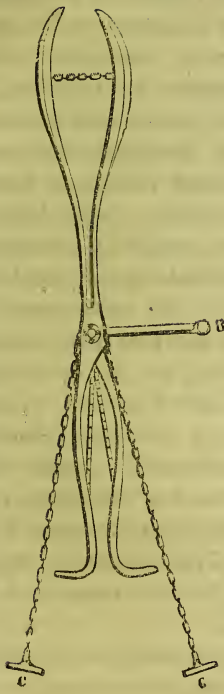


Fig. 151. — Forceps-scie de Van-Huevel.

Cet instrument a la forme d'un forceps ordinaire, ses cuillers sont assez épaisses pour y faire glisser une petite scie articulée, dont les chaînons du milieu sont taillés comme ceux de la scie à chaîne ordinaire. Au moyen de poulies de renvoi, on fait monter cette scie qui va ainsi jusqu'à l'extrémité des cuillers.

B, manche servant à soutenir l'instrument. C,C, petits manches fixés aux extrémités de la scie à chaîne.

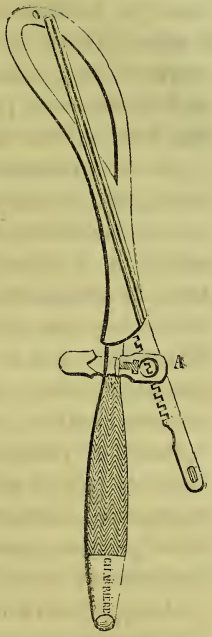


Fig. 152. — Forceps-scie modifié de Van-Huevel.

Les cuillers en sont plus minces. La scie à chaîne, faite comme la précédente, passe à travers un tube soudé au centre des cuillers de l'instrument. On fait fonctionner la chaîne à l'aide d'une clef à pignon, placée dans la crémaillère A qui fait monter et descendre la tige qui porte la scie.

malgré cela, de comprimer cette boîte osseuse, et quand on reconnaît au peu d'écartement des branches que les becs des mors en sont presque à se toucher, avant de commencer les tractions, on tourne le bord concave de l'instrument à gauche ou à droite, pour placer le diamètre réduit de la tête dans le sens du diamètre rétréci du bassin.

Ces mouvements de rotation, qu'on doit, du reste, faire *lentement*, *sans jamais de brusquerie*, sont, évidemment, d'une grande utilité ; par le fait même de l'écrasement, la tête prise entre les mors du céphalotribe voit son plus petit diamètre devenir le plus grand ; et si, par un mouvement de rotation, soit à droite soit à gauche, on ne le plaçait pas dans le sens du plus grand diamètre du canal pelvien, on se créerait de grandes difficultés et on produirait même des désordres graves dans les parties molles. Ce n'est que pour le dégagement à la vulve, que l'instrument est rappelé à sa position première, *le bord concave de ses branches en avant* (Pajot).

Il est bien entendu que les tractions qui suivent l'écrasement, quoique fortes, doivent encore être faites avec un certain ménagement ; car il serait possible que quelques pointes osseuses eussent transpercé les téguments du crâne et menaçassent les tissus maternels.

Eh bien, c'est pour éviter le danger de semblables dilacérations, soit du col de l'utérus, soit du vagin, par des esquilles crâniennes, que le professeur Pajot a proposé, il y a déjà quelques

années, une nouvelle méthode de céphalotripsie, sous le nom de *céphalotripsie répétée* et *sans tractions*. Ce savant professeur supprime, d'abord, la perforation du crâne, si le bassin a moins de 5 centimètres, parce que, selon lui, les avantages que cette perforation présente dans les rétrécissements moyens, disparaissent dans les rétrécissements extrêmes. Dans ces derniers, les mors du céphalotribe n'atteignent facilement que le sommet du crâne engagé dans le haut de l'excavation ; ils y creusent leur empreinte de chaque côté, et, dans les applications suivantes, ces empreintes seront un obstacle au glissement des becs de l'instrument, si, ce qui arrive souvent, on n'a pas pu faire exécuter à la tête la rotation dont nous avons parlé plus haut ; — puis, il supprime aussi le 4e temps de l'opération (*l'extraction*) et répète, au contraire, le 3e temps (*le broiement*) jusqu'à quatre, cinq et six fois s'il le faut. *Plus d'extraction*, mais, aussi, de *deux à trois séances de broiement*, à 2 ou 3 broiements par séance. Ainsi donc, M. Pajot broie la tête dans le sens où il l'a d'abord saisie, et, avant de desserrer l'instrument, il imprime à cette tête un mouvement de rotation assez marqué, à droite ou à gauche, suivant la position reconnue, pour offrir aux mors du céphalotribe un nouveau diamètre du crâne à réduire. Et, cela fait, il desserre les branches de l'instrument, les désarticule et les retire ; mais c'est pour les réappliquer immédiatement. Grâce à la rotation imprimée tout à l'heure à la tête, il saisit celle-ci par un autre dia-

mètre que la première fois, la broie de nouveau, et, après lui avoir imprimé un second mouvement de rotation, retire encore l'instrument. Il est rare que M. Pajot procède de suite à un troisième broiement. Il considère la première séance comme terminée, et abandonne, alors, le travail à la nature, *pendant deux ou trois heures.*

Au bout de ce temps, il revient examiner sa malade, et, s'il ne trouve pas l'accouchement en train de se faire seul, il procède à une second[illegible] séance de deux broiements au moins, toujo[illegible] suivis chacun, bien entendu, d'un mouvemen[illegible] de rotation, pour arriver successivement à b[illegible] toute la tête ; et, alors, il abandonne [illegible] encore le travail à lui-même, pendant encore *deux ou trois heures*, après quoi, si l'accouchement [illegible] ne se fait pas, il procède à une 3e séance, toujour[illegible] au moins de deux broiements immédiats. Le [illegible] nombre des séances variera évidemment, selon [illegible] le degré du rétrécissement et selon aussi l'éne[illegible]rgie des contractions utérines. Deux séances [illegible]nt souvent suffi à M. Pajot, quand le rétrécisse[illegible]ment n'était pas extrême : mais, aussi, dans le [illegible] cas contraire, il a été obligé d'aller jusqu'à troi[illegible]s et même quatre séances, à trois broiements [illegible] par chaque, et cela sans qu'il survint aucun ac[illegible]cident primitif ni consécutif.

L'expérience ayant dé[illegible]montré : — 1° qu'il est sage, si rien ne s'y oppo[illegible]se, de livrer l'expulsion du produit, une fois la r[illegible]eduction de la tête opérée, aux seules forces de l[illegible]a nature ; — 2° que le cépha-

lotribe, à l'inverse du forceps, est un excellent intrument de réduction, mais un très-mauvais agent d'extraction; — 3° que, dans le cas où il a pu saisir assez solidement la tête une fois broyée, le col de l'utérus et le vagin, pour peu que le rétrécissement soit considérable, sont exposés, pendant les tractions, à des dilacérations toujours fâcheuses ; — nous ne pouvons que nous prononcer (sans pourtant avoir encore trouvé l'occasion de l'appliquer) en faveur de la nouvelle méthode de céphalotripsie, qui laisse le céphalotribe *exclusivement* agent de réduction, — qui se contente de broyer à plusieurs reprises la tête du fœtus, pour livrer ensuite l'expulsion de celui-ci aux seules contractions utérines, — et qui, dès lors, n'expose plus les parties molles de la mère à être dilacérées de la même façon. Assurément, tout accoucheur habile retirera de ce nouveau mode opératoire les mêmes avantages que M. Pajot lui-même, qui l'a déjà appliqué plusieurs fois, nous le savons, avec un succès complet, même dans des cas où l'opération césarienne paraissait devoir être l'unique ressource (rétrécissement porté à moins de 5 centimètres, l'enfant étant à terme). Mais s'ensuit-il qu'il faille rejeter entièrement la méthode ancienne? Non, sans doute; car, si cette dernière expose, dans quelques circonstances, les parties génitales à une plus vive inflammation, elle est aussi plus expéditive ; et il n'est certes pas indifférent pour le praticien, s'il n'a pas de temps à perdre, comme pour la femme, si elle a déjà beau-

coup souffert, que l'accouchement, pour sa terminaison, exige encore 8 ou 10 heures au lieu d'une seule.

Si, une fois la tête dehors, le tronc résistait, ce qui arrive souvent dans les angusties pelviennes extrêmes, le céphalotribe serait réappliqué sur le thorax et même, s'il le fallait, sur le bassin. Dernièrement, nous avons été dans la nécessité de broyer les épaules et la poitrine en même temps, comme nous avions broyé la tête; l'opération avait été longue et terrible; et cependant la femme s'est rétablie rapidement, avec seulement de l'incontinence d'urine, qui a disparu depuis.

Quelques accoucheurs ont eu recours avec avantage à la version pelvienne, immédiatement après avoir écrasé la tête du fœtus, aussi bien que possible, par deux ou trois applications rapprochées du céphalotribe. M. le docteur Bertin a récemment commenté les faits de ce genre qui ont été publiés, et il en a tiré cette conclusion, que c'est encore une nouvelle méthode opératoire destinée à rendre de grands services. Mais, évidemment, elle ne sera applicable que dans des cas de rétrécissement médiocre, permettant l'introduction de la main dans l'utérus.

Parfois, après la sortie du tronc (soit version, soit accouchement spontané par le siége), la tête est arrêtée au détroit supérieur par un rétrécissement. On essaye d'amener le fœtus par de fortes tractions, puis par le forceps; mais on n'y réussit pas. Que faire alors ? La pratique la plus générale

consiste à détronquer, d'abord, l'enfant, pour dégager le conduit vulvo-utérin,et à appliquer, après cela, le céphalotribe sur la tête restée seule dans l'utérus. — La *détroncation* se fait au moyen de longs et forts ciseaux droits ou courbes sur le plat (voy. plus loin, *fig*. 154), que l'on conduit sur le cou de l'enfant avec deux ou trois doigts de la main gauche, et à l'aide desquels on coupe chairs et os, à petits coups répétés. — Quant à la *céphalotripsie*, elle s'exécute d'après les règles établies plus haut. Seulement, l'accoucheur veille plus que jamais à ce que l'utérus et la tête par conséquent soient maintenus immobiles par les mains d'un aide monté, à cet effet, sur le lit, à côté de la femme ; — à ce que les mors de l'instrument soient bien exactement conduits sur les côtés de la tête par la main introduite tout entière dans la cavité utérine (procédé Hatin) ; — et, enfin, à ce que le manche du céphalotribe soit tenu fortement abaissé vers le périnée, pendant qu'on fait jouer la clef à engrenage ou le volant : au degré d'écartement des branches il jugera, du reste, très-bien si la tête est ou non solidement saisie, s'il y a à craindre ou non que les mors, glissant sur elle par devant ou par derrière, ne viennent pincer et déchirer peut-être la paroi utérine.

Depuis six ans, — pour des rétrécissements ne dépassant pas 8 centimères 1/2, mais alors que les fœtus étaient d'un volume excessif, — nous avons pratiqué deux fois (avec un succès merveilleux, du reste) le *broiement*, par la méthode or-

dinaire, *de la tête restée seule dans l'utérus* après version et détroncation ; et nous avons pu nous convaincre qu'en vertu de l'étroitesse des mors du céphalotribe et de leur forme parfaitement arrondie en dehors, il est asssez facile, après avoir applati la tête dans un sens et lui avoir imprimé un mouvement de rotation à droite ou à gauche, de la reprendre suivant un autre diamètre, sans retirer les branches de l'instrument (comme on le ferait pour le forceps) et sans cependant exposer beaucoup la paroi utérine à un pincement. Pour cela, il suffit de désarticuler et de faire ensuite exécuter aux mors de petits mouvements en sens inverses.

Mais nous avons également pu remarquer combien le défaut de fixité de la tête, après la détroncation, rend difficile l'exacte application des mors du céphalotribe sur les extrémités d'un diamètre céphalique quelconque.

Fixer la tête restée seule au détroit supérieur d'un bassin très-rétréci, de façon à pouvoir placer régulièrement les mors du céphalotribe, est, dit M. Pajot, l'une des grandes difficultés de la pratique obstétricale. On sait, en effet, que les mains de l'aide le plus intelligent, appliquées sur l'hypogastre, n'arrivent pas toujours à immobiliser le corps de l'utérus. Aussi, cet habile professeur a-t-il cherche un moyen d'atteindre plus sûrement ce but ; et voici celui qu'il proposerait et dont il s'est servi déjà, du reste, avec succès :

Perforer la base du crâne avec une *tréphine*, (v. *fig.* 153), et, par cette ouverture, introduire à

l'aide d'une longue pince, jusque dans la cavité crânienne, un petit bâtonnet solide, de 5 à 6 centimètres de longueur, sur 5 à 6 millimètres d'épaisseur, et lié, par sa partie moyenne, à un lacs assez fin, mais solide cependant. Une fois l'introduction faite, tirer doucement sur le lacs, de façon à faire que le bâtonnet prenne une position transversale ou d'avant en arrière, peu importe; puis, confier le lacs à un aide qui le maintienne roide. La tête, par cela seul, est fixée comme on le désirait.

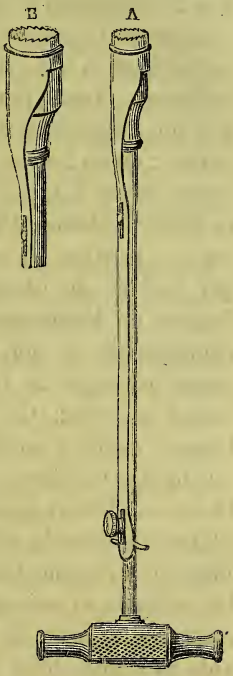


Fig. 153. — Tréphines.
A, petite tréphine offrant 0m,02 de largeur de couronne ; B, grande tréphine ayant 0m,03 de diamètre.

Ce procédé, dit *du bâtonnet* (dont l'auteur nous avait donné la primeur, dès 1865), a l'avantage de maintenir la tête au détroit supérieur par un instrument ne pouvant gêner en aucune façon la manœuvre des branches du céphalotribe, comme le ferait un instrument rigide, tant mince fût-il; et puis, autre avantage, si le lacs est solide, il peut servir à favoriser l'extraction de la tête une fois broyée.

Mais, est-il bien facile de perforer la base du crâne, si rien ne fixe déjà la tête ? M. Pajot ne fait pas d'observation à ce sujet, et c'est à tort, pensons-nous. Il doit souvent y avoir danger à tenter de perforer la tête, si elle n'est préalablement immobilisée. Aussi, persistons-nous dans la pensée que nous émettions dans nos dernières éditions, à savoir : qu'au lieu de pratiquer la décollation de prime abord, il serait plus sage de commencer par la *simple ablation des deux bras, épaules comprises ;* — ablation qui suffirait certainement à dégager l'entrée du conduit vulvo-utérin, assez pour faciliter de beaucoup l'introduction des mors du céphalotribe, et qui, en même temps, aurait le grand avantage de laisser persister la charpente même du tronc. Ce tronc serait enveloppé d'un linge et confié à un aide intelligent, qui exercerait sur lui des tractions soutenues, d'abord pour fixer la tête au détroit supérieur, soit qu'on voulût appliquer de suite le céphalotribe, soit que, préalablement à l'application de cet instrument, on voulût recourir au *procédé du bâtonnet.* Dans le premier cas, le tronc du fœtus conservé viendrait en aide au céphalotribe pour l'extraction de la tête ; et, dans le second cas, il servirait à fixer la tête pour le placement sans danger du bâtonnet. Celui-ci introduit, on ferait la *décollation*, et, cette décollation opérée, on pratiquerait le broiement du crâne bien plus facilement ; l'opération serait plus sûre, plus rapide et partant moins dangereuse.

Car, qu'on ne se fasse pas trop illusion : malgré

les immenses services qu'elle rend chaque jour, la céphalotripsie n'est pas du tout une opération exempte de dangers. Elle fait, au contraire, un assez bon nombre de victimes, puisque, d'après un relevé de M. Rillet, directeur de la Maternité de Paris, sur 60 céphalotripsies pratiquées dans cet établissement, de 1852 à 1862, 17 auraient été suivies de mort, et que, d'après un autre relevé fait dans les auteurs, sur 56 cas il y aurait eu 23 morts.

Il est vrai de dire que la mort est ici bien plus souvent le résultat des circonstances dans lesquelles l'opération est pratiquée, que des manœuvres opératoires elles-mêmes. Ainsi, la terminaison n'est bien souvent fatale que parce qu'on opère trop tard, quand la femme est épuisée par la longue durée d'un accouchement laborieux et par des tentatives prolongées d'extraction, avec meurtrissures profondes des parties molles.

Les cas les plus favorables sont donc ceux où les forces de la femme sont encore entières, où l'obstacle mécanique au passage de la tête du fœtus n'est pas trop considérable, et où la tête, soit qu'elle vienne la première, soit qu'elle vienne après le tronc, peut être solidement fixée au détroit supérieur, pour favoriser le placement rapide et régulier du céphalotribe.

Bien faite, dit M. Pajot, la céphalotripsie n'est pas à beaucoup près aussi terrible que certaines statisques pourraient le faire supposer. Pour lui, dans l'opération, il n'y a de bien redoutable que le

4e temps, l'*extraction*, surtout si on accompagne cette extraction d'un mouvement de rotation, et si, bien entendu, le bassin est très-étroit ; et cela, non pas à cause des esquilles résultant du broiement, mais à cause des pressions, des attritions, qui peuvent très-bien aller de l'inflammation jusqu'à la gangrène, et causer trop souvent des déchirures funestes, quand la force n'est pas contenue par la prudence. Aussi, est-il convaincu, et avec raison, d'avoir lancé dans la pratique une excellente méthode, quand il a préconisé sa *céphalotripsie répétée* et *sans tractions*. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans 8 cas, où pourtant l'étroitesse du bassin était extrême, il n'a pas eu moins de 6 succès par sa nouvelle manière (1).

Les accoucheurs, en Angleterre, emploient moins souvent le céphalotribe qu'on ne l'emploie en France. Ils perforent le crâne et, après, bien souvent, ils en brisent les os avec une sorte de pince très-forte de l'invention de Simpson et que celui-ci a appelée du nom de *crânioclaste* (*fig.* 153).

Il se compose de deux branches qui s'articulent en C comme celle d'un forceps ; les deux extrémités de ces branches sont terminées par deux mors, dont l'un A est fenêtré, tandis que l'autre B est plein ; tous les deux sont armés de dents transversales qui se rencontrent lorsqu'on rapproche les branches.

(1) Pajot, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. CÉPHALOTRIPSIE.

Après avoir fait la crâniotomie, si l'on veut se servir du crânioclaste, on place d'abord la branche mâle B dans le crâne, puis la branche femelle A à la partie externe de la tête; et, l'instrument étant articulé, on exerce sur les manches une forte pression, de façon à broyer l'os saisi et à le disjoindre en lui imprimant des mouvements de torsion. Il faut agir ainsi sur différents points du crâne pour transformer celui-ci en une sorte de poche représentée par le cuir chevelu, dans lequel sont contenus les os broyés. Enfin, on extrait la tête, soit par des tractions directes, soit en l'enroulant en forme de cornet autour des mors.

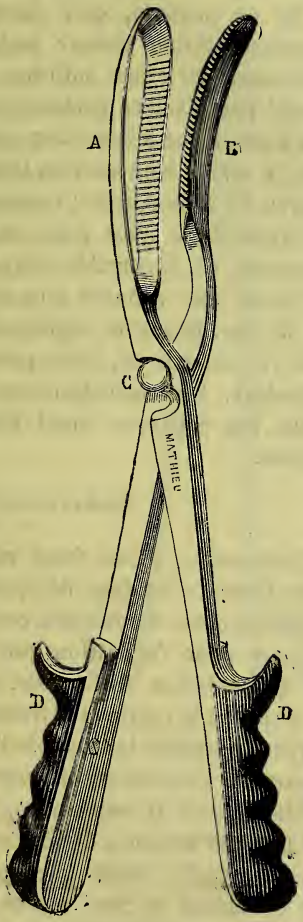


Fig. 153. — Crânioclaste de Simpson. A, branche femelle; B, branche mâle; C, articulation; D, manches.

Par ce procédé, qu'il décrit lui-même ainsi, Simpson affirme réussir toujours à effectuer un broiement du crâne suffisant. Malheureusement, essayé par d'autres praticiens non moins habiles, il n'a pas donné à beaucoup près les mêmes résultats ; il a fallu bien souvent terminer l'opération au moyen du céphalotribe; toujours est-il que l'usage du crânioclaste n'est point entré dans la pratique française. Où il pourrait être plus utile, selon nous, ce serait pour achever plus sûrement l'extraction de la tête, quand le céphalotribe ordinaire, une fois le crâne brisé, lâche prise et glisse sans rien entraîner. Le crânioclaste ne laisserait certainement pas échapper aussi facilement les parties saisies.

Embryotomie.

Perforer et, à plus forte raison, briser le crâne d'un fœtus, c'est faire déjà, sans aucun doute, de l'*embryotomie*. Néanmoins, on réserve, en général, ce nom pour l'opération qui consiste, dans le cas de présentation de l'épaule, avec un engagement profond de la partie et rétraction tétanique de l'utérus, à séparer le tronc de l'enfant en deux parties qu'on extraira ensuite séparément, l'inférieure d'abord, puis la supérieure, celle à laquelle tient la tête. Se borner à désarticuler le bras qui pend dans le vagin, serait une opération absurde, qui ne conduirait à rien, et, qui plus est, priverait maladroitement l'accoucheur du seul moyen d'agir efficacement par traction sur l'une ou l'autre des

moitiés du tronc, une fois la section de celui-ci achevée. C'est, suivant Davis et P. Dubois, le thorax qu'il faut couper en écharpe, soit du dessous de l'épaule engagée à aller joindre la base du cou du côté opposé, soit du dessus de l'épaule engagée à aller tomber sous l'aisselle opposée. Or, cette section ne s'exécute guère aujourd'hui qu'à l'aide de longs et forts ciseaux droits ou légèrement incurvés sur le plat (ciseaux de P. Dubois, *fig.* 154), que l'on fait agir *à petits coups*, pendant que de la main gauche on apporte le plus grand soin à protéger les parties maternelles. C'est là le mode de *dérotomie* adopté par le professeur Depaul et souvent, déjà, mis en pratique par lui avec beaucoup de succès.

Autrefois on se ser-

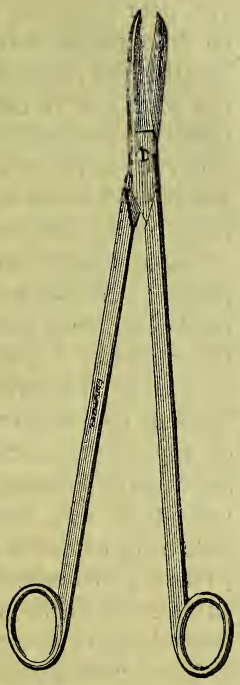


Fig. 154.— Ciseaux céphalotomes.

Il se fait deux modèles : l'un à branches droites, comme les ciseaux de Percy ; l'autre de même forme, mais à branches décroisées près des anneaux, pour qu'elles s'écartent moins quand les lames sont ouvertes. L'un et l'autre peuvent, du reste, avoir leurs lames droites ou courbes sur le plat. Les modèles Charrière sont à tenon. Les ciseaux à branches décroisées seraient préférables aux autres, s'ils n'étaient un peu plus faibles.

vait, pour faire cette séparation du tronc du fœtus en deux parties, du *crochet à lame tranchante*, de Ramsbotham ; c'est un mauvais instrument et, de nos jours, on l'a complétement abandonné. Si les ciseaux ne devaient pas suffire, il vaudrait mieux recourir au moyen qu'a proposé M. Pajot, et qui consisterait à conduire autour du tronc de l'enfant une petite corde solide, comme celle dite *fil à fouet*, et à scier les tissus embrassés par cette corde, en imprimant à celle-ci des mouvements un peu forts de va-et-vient. Pour protéger l'orifice utérin, les parois vaginales et la vulve elle-même contre l'action de la corde, il faudrait évidemment faire passer les bouts de celle-ci à travers un spéculum plein, dont on appliquerait exactement l'extrémité sur la partie fœtale qui se présente, avant de commencer les mouvements de scie. Mais, comment arriver à passer cette corde autour du tronc de l'enfant ? M. Pajot dit y réussir parfaitement au moyen du crochet mousse du forceps ordinaire, sur la convexité duquel il a fait creuser une rainure pouvant recevoir le *fil à fouet* et dont il coiffe la pointe d'une grosse balle de plomb disposée en calotte et à laquelle est fixée une des extrémités de la corde. C'est en tendant celle-ci sur sa poulie de réflexion, qu'il maintient la calotte de plomb à sa place. — Il porte donc le crochet ainsi garni dans la matrice, *par derrière* le fœtus, le recourbe par-dessus ce même fœtus quand il le présume être rendu à hauteur voulue, dégage facilement la calotte de plomb de la pointe du crochet, rien qu'en abandonnant la corde à elle-même, va

à la recherche du plomb avec une longue pince à polype, s'il n'apparaît pas de lui-même en avant de la partie fœtale engagée, et, le spéculum mis en place, saisit les deux chefs de la ficelle, les enroule séparément autour de chacune de ses mains, jusqu'à ce que celles-ci soient à environ 25 centimètres de la vulve, et commence alors à imprimer au *fil à fouet* de vigoureux mouvements de va-et-vient qui opèrent rapidement la section du cou.

Cette manière de scier un fœtus est très-ingénieuse. Nous l'avons vu exécuter sur le cadavre d'un fœtus à terme par M. Pajot lui-même, et nous avons admiré avec quelle promptitude cette *ficelle* sectionne les tissus, n'importe où, tout aussi bien au niveau du thorax qu'au niveau du cou. Le procédé a déjà, du reste, été appliqué bien des fois sur le vivant, et chaque fois avec succès. Il a réellement, sur les autres procédés d'embryotomie, les avantages que voici : 1° la possibilité de se procurer partout les objets nécessaires pour l'opération (1) ; 2° la facilité de l'application ; 3° l'innocuité pour les organes de la mère ; 4° la rapidité de la section.

La *décollation* ou détroncation — section du cou seul — est encore évidemment de l'embryotomie.

(1) Car, à défaut d'une branche de forceps préparée exprès, c'est-à-dire, portant une rainure sur sa convexité, il serait facile de se servir d'une sonde de trousse dont on aurait enlevé d'un coup de lime le cul-de-sac terminal. Un fil de fer servirait de passe-galon pour y introduire la *ficelle*, et celle-ci, une fois tendue, donnerait à la sonde pour bec inoffensif la balle de plomb.

Elle se fait avec les ciseaux, le plus habituellement (P. Dubois, Depaul); cependant, C. Braun (de Vienne) a proposé un procédé qui est peut-être meilleur encore, en ce qu'il expose moins les parties maternelles et les doigts de l'opérateur, et qu'en outre il est plus expéditif. Il a imaginé, à cet effet, un *crochet boutonné* très-solide (V. *fig.* 155), dont la tige, en acier, arrondie, et épaisse de près d'un centimètre, se recourbe par un bout en crochet presque tranchant en dessous et boutonné à son extrémité, et, par sa base, est fixé sur un manche en corne gros et fort.

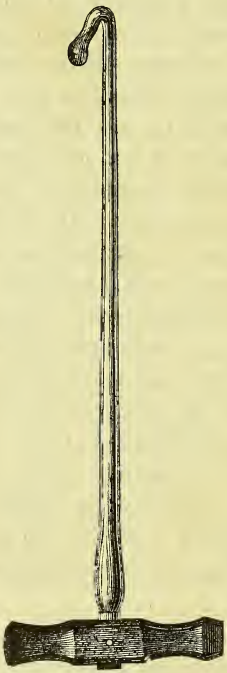


Fig. 155. — Crochet de Braun (de Vienne).

Voici, maintenant, comment on doit se servir de cet instrument, suivant Braun lui-même :

La femme étant placée sur le bord de son lit, on engage la main *gauche* dans le vagin et l'on va embrasser le cou de l'enfant avec les doigts en arrière et le pouce en avant. Et, après avoir forcé cette partie à descendre le plus possible, on saisit à pleine poignée, de la main *droite*, le

manche de l'instrument et on en glisse le crochet

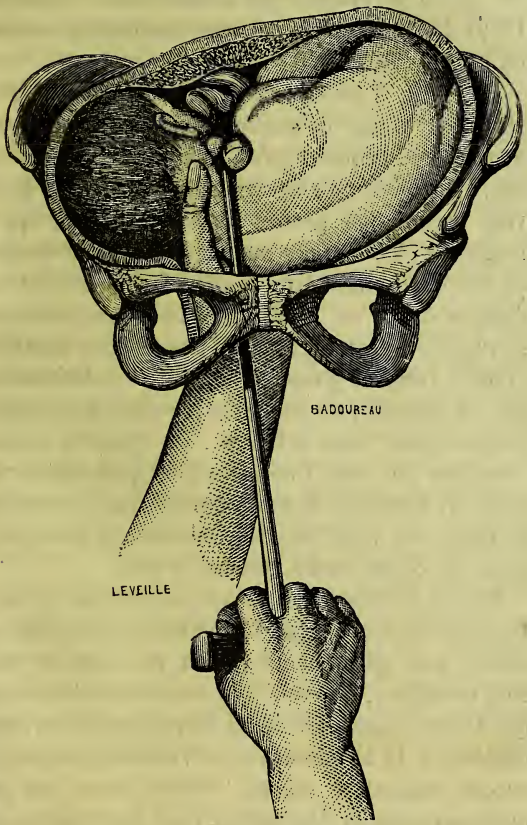


Fig. 156. — Décollation (Méthode de Braun).

le long du pouce de la main gauche jusqu'au-dessus du niveau du cou de l'enfant. Alors, par un

léger mouvement de rotation imprimé à la tige, on passe le crochet par-dessus cette partie du fœtus déjà repliée et, par une traction vigoureuse, on l'y fixe de suite.

Cela fait, il ne reste plus qu'à imprimer à l'instrument, autour de son axe, *quelques mouvements de rotation, pendant qu'on tire solidement par en bas,* pour disloquer les vertèbres cervicales et diviser même les parties molles. — Mais, qu'on remarque bien que ces mouvements de va-et-vient ne doivent jamais être imprimés au crochet que dans le creux de la main conductrice, pour que le vagin ne puisse pas être lésé, si par hasard le crochet venait à glisser (*fig.* 156). La décollation, par ce procédé, ne demande pas plus de quelques minutes pour être achevée : et, après la section complète du cou, il ne reste plus qu'à amener le tronc en tirant sur le bras prolabé, puis, à extraire la tête, soit avec la main, soit avec le forceps ou même le céphalotribe, suivant le cas.

Mais la décollation, par quelque procédé qu'on la fasse, ne se pratique guère que lorsque l'enfant est arrivé, soit spontanément, soit par suite de version podalique, à avoir tout son tronc dehors, et que la tête seule, arrêtée au détroit supérieur, met obstacle à la terminaison de l'accouchement ; et encore vaudrait-il mieux, suivant nous, ne pas pratiquer alors la décollation, mais bien seulement l'ablation des deux bras, épaules comprises. Dans le cas d'engagement irréductible de l'épaule, dans un bassin très-étroit, ce n'est donc pas, quoi qu'en

dise Cazeaux, à la section du cou qu'il faudrait donner la préférence, mais bien à la section oblique du thorax, d'après la méthode de P. Dubois; car il n'est pas du tout indifférent de laisser ou non un des bras attenant au tronçon supérieur du fœtus. Il faudrait que ce fût le cou lui-même qui se présentât en plein dans le champ de l'orifice utérin, et qu'avec cela il parût absolument impossible, ni de faire la version, ni d'amener le bras en procidence pour qu'on songeât à pratiquer tout d'abord la décollation. Du reste, cette décollation ne serait, alors, que le premier temps d'une opération très-complexe, consistant à extraire le tronc au moyen d'un crochet, — puis *la tête*, au moyen du céphalotribe, — horrible opération ! qui nécessairement fera toujours courir à la femme les plus grands dangers. M. Pajot dit n'avoir pas vu périr moins de 4 femmes sur 5 délivrées de la sorte ; et encore, la 5e n'a-t-elle échappé à la mort que par miracle, après une foule d'accidents de la plus haute gravité (1). Aussi, d'accord avec cet éminent professeur, donnerions-nous sans hésiter, dans des cas de ce genre, la préférence à l'opération césarienne, qui n'exposerait pas plus la femme, et qui au moins donnerait beaucoup de chances de sauver l'enfant. — Si le fœtus n'était pas à terme,

(1) Pajot, *De la présentation du tronc dans les rétrécissement extrêmes du bassin, et d'un nouveau procédé d'embryotomie* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, juillet 1863, t. XXVII, p. 872).

ce serait différent; nous nous en tiendrions à l'embryotomie, qui, du reste, ne présenterait probablement pas, alors, de très-grandes difficultés. — Quant à la circonstance d'un fœtus à terme, mais *mort*, elle nous mettrait dans un extrême embarras; cependant, nous croyons qu'après avoir cherché à changer la position de l'enfant par des manœuvres externes bien entendues (*version céphalique*) et n'y avoir pas réussi, nous nous déciderions pour l'opération la plus facile, la gastro-hystérotomie, si toutefois les médecins appelés en consultation n'étaient pas d'une opinion contraire.

Voilà pour les cas de présentation de l'épaule avec rétrécissement extrême du détroit supérieur. Mais si le bassin était presque normal et avait permis à l'épaule de s'engager profondément, la version n'étant plus possible, quelle conduite devrait tenir l'accoucheur ?

Laissons la parole à M. le Dr Adolphe Pinard, professeur agrégé de la Faculté de Paris, qui a si bien étudié toutes ces questions-là (1) :

« Ou l'enfant est vivant, ou il est mort. Dans le « premier cas, si la femme n'est pas trop fatiguée, « si son état général n'est pas mauvais, on peut « attendre. L'évolution spontanée se fera peut-être, « si toutefois l'enfant est petit et le bassin large.

« Dans le second cas, l'enfant étant bien re-

(1) *Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule*, par le Dr Adolphe Pinard. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1875.

« connu mort, il n'y aura qu'une chose à faire, l'em-
« bryotomie.

« Pour aider artificiellement à l'évolution spon-
« tanée, Velpeau et P. Dubois ont conseillé de ti-
« rer sur le bras, à la manière de Fabrice de Hilden,
« procédé qui leur avait réussi deux ou trois fois ;
« mais il y a trop de danger à agir ainsi ; il vaut
« mieux, dans l'intérêt de la mère, faire comme si
« l'enfant était déjà mort, c'est-à-dire recourir de
« suite à l'*embryotomie.* »

Dans une circonstance grave, M. Pamard a employé un procédé d'extraction fort ingénieux et qui lui a réussi. Répugnant à faire l'*eviscération*, à ouvrir même simplement le thorax, pour aller saisir la colonne vertébrale avec un crochet mousse, comme le faisait Lee, il se décida à porter de suite le crochet mousse de son forceps jusqu'au delà des fausses côtes, *par derrière le fœtus* (la présentation était dorso-lombaire), et, se retournant vivement, de manière que son extrémité correspondît aux téguments de l'enfant, il le fit pénétrer dans l'abdomen : alors, tirant vigoureusement sur la colonne vertébrale ainsi ployée en double, il força le siége à descendre dans la concavité du sacrum, par derrière l'épaule engagée sous l'arcade pubienne, et parvint ainsi à faire exécuter au fœtus le mouvement complexe que nous avons décrit sous le nom d'*évolution spontanée.* Si l'on se trouvait en face d'un cas semblable et qu'on fût certain qu'il n'y eût pas de rétrécissement notable du bassin, on ne courrait aucun risque à essayer du procédé

Pamard, quitte à en venir à l'embryotomie proprement dite, s'il n'aboutissait pas. L'enfant ne serait pas plus ménagé dans le premier cas que dans le second; mais au moins de deux opérations meurtrières pour l'enfant, on aurait choisi la moins dégoûtante pour les assistants; car, il faut bien avouer que, soit qu'on pratique l'éviscération pour mieux accrocher la colonne vertébrale et la plier en double (procédé de G. Veit); — soit qu'après *éventration*, on sectionne le rachis (spondylotomie, procédé de Michaëlis); — soit qu'on procède successivement à la brachiotomie, à l'éviscération et à la spondylotomie (procédé de Hubert Baëns); — soit qu'on divise la tige fœtale tout simplement avec de forts ciseaux, pour extraire ensuite les deux tronçons l'un après l'autre (procédé de P. Dubois, adopté exclusivement par M. Depaul); — c'est toujours un triste spectacle que l'on donne aux parents et amis de la malade. Et, sous ce rapport, nous trouvons préférables le procédé de Braun (décollation avec son crochet claviforme, puis extraction du tronc et de la tête successivement), et celui surtout du professeur Pajot (section du fœtus, avec le *fil à fouet*, en deux parties que l'on extrait ensuite séparément); ils n'ont rien qui frappe désagréablement les regards, et c'est bien quelque chose dans la pratique civile.

Opération césarienne ou gastro-hystérotomie.

La *gastro-hystérotomie* consiste, ainsi que l'indique son nom, dans l'extraction du fœtus par une grande incision pratiquée à la paroi abdominale antérieure et à la paroi correspondante de la matrice.

Appliquée à la femme qui vient d'expirer, pour tâcher de sauver son enfant, elle a très-probablement été pratiquée de tout temps. Mais, appliquée à la femme vivante, elle ne remonte guère au delà du commencement du XVIe siècle (1).

Trop exaltée par les uns, trop dépréciée par les autres, elle n'est réellement jugée ce qu'elle vaut que depuis 1827, date de l'invention du céphalotribe par A. Baudelocque, neveu du célèbre accoucheur du XVIIIe siècle. De nos jours on s'accorde à reconnaître que, dans le cas de présentation, soit du sommet, soit de la face, soit du siége, tant que le rétrécissement du bassin reste dans des limites qui permettent d'espérer l'extraction du fœtus par les voies naturelles, en réduisant le volume de sa tête par le céphalotribe, c'est à la céphalotripsie qu'il faut donner la préférence ; et que

(1) On dit même que ce n'est qu'au commencement du XVIIe siècle, en 1610, qu'un chirurgien du nom de Trauttmann, de Wittemberg, pratiqua pour la première fois, sur une femme *vivante*, l'opération césarienne, dans un cas d'utérus gravide hernié (Schröder).

l'opération césarienne doit être alors exclusivement réservée pour les cas où le rétrécissement est tel qu'il est impossible d'avoir l'enfant par les voies naturelles, même en lui broyant la tête. Sans doute, on recourrait bien plus volontiers à l'opération césarienne, si elle était moins dangereuse pour la mère ; car la vie d'un enfant vaut bien quelque chose ! mais, lorsque les relevés statistiques viennent démontrer que cette opération tue 5 femmes sur 6 dans les petites villes et les campagnes salubres, et 29 femmes sur 30 dans les grandes villes, à Paris par exemple, comment ne pas préférer la céphalotripsie, qui sacrifie nécessairement, il est vrai, un enfant parfois plein de vie, mais qui, au moins, ne fait pas courir d'aussi grands dangers à la mère ? Serait-il donc raisonnable de prendre plus les intérêts d'un pauvre petit être dont les chances d'existence prolongée et la valeur morale dans l'avenir sont tout à fait problématiques, que ceux d'une jeune femme que mille liens attachent à la famille et même à la société ? Non ; la vie d'une femme adulte est évidemment plus précieuse que celle d'un enfant qui n'est pas encore né. Comme le dit fort bien M. Tarnier, la question a été sérieusement débattue, et la conclusion est que l'accoucheur peut et doit même disposer de la vie de l'enfant, pour éviter à la mère les immenses dangers de l'opération césarienne. Mais une pareille décision est évidemment trop grave pour qu'on la prenne seul ; il faudra donc demander l'avis de confrères instruits, et ne

s'arrêter à un parti définitif, qu'après avoir pesé avec eux *très-attentivement* toutes les indications, et, par suite, toutes les chances de succès ou d'insuccès.

Dans tous les cas, avant de sacrifier l'enfant, il ne faudrait pas oublier de lui donner le baptême intra-utérin.

On a raison, quand c'est la tête ou le siége qui se présente au détroit supérieur, de réserver la gastro-hystérotomie pour les seuls cas exceptionnels où la céphalotripsie cesse d'être applicable, et où, par conséquent, il n'est pas possible de délivrer la femme autrement; — ce qui revient à dire qu'il faut se trouver en présence d'un rétrécissement du bassin porté à moins de 5 centimètres pour songer à l'opération césarienne.

Mais, quand il y a présentation de l'épaule au-dessus d'un détroit supérieur rétréci à un tel degré (moins de 7 cent.) qu'il soit absolument impossible d'introduire la main dans l'utérus, pour changer la position de l'enfant, la question reste-t-elle la même, et doit-on, alors, préférer l'embryotomie à l'opération césarienne? Non, sans doute ; ainsi que le fait remarquer M. Pajot, dans le Rapport déjà cité, lorsque le bassin a moins de 7 centimètres et que, par conséquent, il n'y a pas possibilité d'aller avec la main changer la position du fœtus, c'est à l'opération césarienne qu'il faut donner la préférence, attendu qu'elle n'expose pas beaucoup plus la mère que l'embryotomie faite dans de pareilles conditions de rétrécisse-

ment, et qu'elle permet au moins, comme compensation, d'avoir l'enfant vivant. Mais ce choix, nécessairement, ne serait plus motivé, si l'enfant n'était pas à terme, ou si, bien qu'à terme, il était jugé mort ou seulement très-faible. Car, s'il était loin d'être à terme, peu volumineux par conséquent, ce serait à l'embryotomie qu'on devrait recourir comme exposant alors beaucoup moins la mère que l'opération césarienne ; — et s'il avait cessé de vivre ou seulement paraissait très-souffrant, bien qu'à terme, ce serait encore l'embryotomie qu'il faudrait préférer, à moins, toutefois, que le fœtus ne fût reconnu trop volumineux pour pouvoir passer par les voies naturelles, quelques mutilations qu'on lui fît subir.

En résumé, c'est du salut de la mère, et non de celui de l'enfant, qu'on doit se préoccuper avant tout, en se décidant à entreprendre l'opération césarienne. Tant mieux si l'on sauve l'enfant par la même occasion ; ce sera une heureuse compensation aux risques si grands que l'on fait courir à la mère. Mais, enfin, il n'en est pas moins vrai que ce n'est pas l'intérêt de l'enfant qu'on fait passer en première ligne ; puisque, si l'on pouvait, en le sacrifiant, délivrer la femme d'une autre façon moins dangereuse pour elle, on n'hésiterait pas à prendre un tel parti.

Voici donc, tout bien considéré, comment nous serions tenté de formuler les indications de la céphalotripsie, de l'embryotomie et de l'opération

césarienne, en ce qui regarde les vices de conformation du bassin :

1° *Le rétrécissement du bassin est entre* 9 1/2 *et* 8 *centimètres.* Si présentation de la tête, — expectation ; puis *forceps*, à diverses reprises s'il le faut ; *céphalotripsie,* dernière ressource.

Si présentation du pelvis, — expectation, tractions intelligentes, et *forceps*, au besoin, sur la tête restée *dernière.*

Si présentation de l'épaule, — *version podalique;* puis *forceps*, au besoin, comme dans le cas précédent.

2° *Le rétrécissement est entre* 8 *et* 7 *centimètres.*

Si présentation de la tête, — tentatives avec le forceps, et, dans le cas d'insuccès, *céphalotripsie.*

Si présentation du pelvis, la tête, une fois le tronc dehors, enrayant la fin de l'accouchement, — *céphalotripsie* seule, ou avec *embryotomie* préalable.

Si présentation irréductible de l'épaule, — *embryotomie*, alors facile et peu dangereuse ; — à moins que la femme ne réclame elle-même l'*opération césarienne*, dans l'intérêt de son enfant reconnu *être plein de vie et de santé.*

3° *Le rétrécissement est entre* 7 *et* 5 *centimètres.*

Si présentation de la tête, — *céphalotripsie*, soit simple, soit *répétée* (Pajot) ; — à moins que, l'enfant étant plein de vie, la femme ne veuille absolument courir les risques de l'*opération césarienne.*

Si présentation du pelvis, la tête, le tronc une fois dehors, s'arrêtant au détroit supérieur, —

embryotomie suivie de *céphalotripsie*. L'enfant est mort, évidemment; rien ne peut donc inviter de préférence à l'*opération césarienne*, qui ne devra être proposée que si le fœtus est trop volumineux pour être extrait par les voies naturelles.

Si présentation de l'épaule irréductible, — *choix difficile* à faire entre l'*embryotomie* et l'*opération césarienne;* la première étant très-difficile, mais un peu moins dangereuse que l'opération césarienne; celle-ci exposant un peu plus la mère, mais permettant de sauver l'enfant.

Si l'enfant, donc, était à terme et bien vivant, nous nous prononcerions pour l'*opération césarienne.*

Si, au contraire, il était reconnu mort, ce serait pour l'*embryotomie;* à moins que le produit ne fût trop volumineux pour passer, même broyé, par les voies naturelles.

A plus forte raison, donnerions-nous la préférence encore à l'*embryotomie*, si le fœtus, bien que vivant, n'était pas à terme et paraissait être de petites dimensions.

4° Enfin, *le rétrécissement est au-dessous de 5 centimètres.*

Quelle que soit la présentation, si le fœtus n'est pas très-petit, — *opération césarienne*, qui est alors *de nécessité.*

Mais il n'y a pas que les vices de conformation exagérés du bassin qui rendent nécessaire l'opération césarienne : il a fallu la faire souvent pour des indurations de mauvaise nature du segment

inférieur de l'utérus, ou même seulement du col ou du vagin ; et assez souvent encore pour des tumeurs développées primitivement ou qui étaient venues se fixer sur les parois de l'excavation pelvienne, et qui ne pouvaient être ni réduites ni enlevées, immédiatement du moins.

Quand on est appelé *à l'improviste* pour un cas nécessitant l'*opération césarienne*, on opère le plus souvent à l'instant même, le travail n'ayant déjà que trop duré, et, de plus, comme on peut, avec l'omission forcée de la plupart des précautions importantes dont nous allons parler.

Mais, quand on connaît la conformation vicieuse de la femme et qu'on a le temps de se reconnaître, il est bien naturel de se poser cette question : *A quel moment convient-il le mieux d'entreprendre l'opération ?* — Règle générale : il ne faut pas attendre que la femme soit épuisée par un travail prolongé; et, d'un autre côté, il est bon que le travail soit commencé, qu'il y ait un certain degré de dilatation du col. Par conséquent, comme le travail, de lui-même, pourrait très-bien débuter le soir, ce qui obligerait à opérer la nuit, dans de mauvaises conditions, au point de vue des aides et de l'éclairage, nous serions bien d'avis d'attendre que la grossesse approchât de son terme, pour prendre un parti, et, dans les quinze derniers jours, par exemple, de provoquer l'accouchement, soit par la méthode de A. Krause ; soit, pour ne pas s'exposer à déchirer prématurément les membranes, par le *tamponnement* le plus simple, à l'aide

du colpeurynter de Braun ou de tout autre ballon du même genre, et de s'arranger de façon à ce que le travail ainsi mis en train ne le fût sérieusement qu'au jour.

Le moment *le plus propice* pour opérer est, en un mot, — que le travail ait commencé de lui-même ou ait été provoqué tout exprès, — celui où, les membranes étant encore intactes, le col est assez dilaté et l'utérus le siége de douleurs assez fortes. Si l'on opère plus tôt, la contraction utérine qui est si importante, fera défaut après l'opération ; et si l'on opère plus tard, l'écoulement des eaux rendra le manuel opératoire plus difficile et le pronostic moins favorable, surtout pour l'enfant (Schröder).

Comme il y a une grande analogie entre l'ovariotomie et l'opération césarienne, — toutes les deux ne pouvant réussir qu'au prix des soins les plus minutieux, — nous n'avons cru pouvoir mieux faire, pour exposer de quelle façon la *gastro-hystérotomie* doit être faite pour avoir le plus possible chance de succès, que de nous inspirer des sages préceptes que nous ont tracés les chirurgiens les plus autorisés en matière d'ovariotomie. Or, M. le Dr Duplouy, de Rochefort, qui, depuis deux ans seulement, sur 6 ovariotomies, pratiquées pourtant dans les circonstances les plus difficiles, n'a pas obtenu moins de 4 succès complets, et qu'on peut compter dès lors au nombre des autorités chirurgicales dont nous invoquons ici les lumières, a bien voulu nous aider de

ses excellents conseils et nous mettre à même de régler ainsi qu'il suit la marche de l'*opération césarienne.*

Si la femme habite un grand centre de population, — deux ou trois jours avant l'époque arrêtée pour l'opération, — on la fera transporter *extra-muros*, dans une maison bien située, isolée autant que possible et suffisamment confortable (1).

La chambre où on devra l'opérer sera spacieuse, mais facile à chauffer aussi bien qu'à aérer ; et, pour le moment de l'opération, on y élèvera la température à 21 ou 22° centigrades, *ce qui est un point essentiel.*

Le lit sur lequel on la placera pour l'opérer sera étroit, peu élevé, et garni d'un seul matelas ; une simple table étroite recouverte d'un matelas, serait même préférable.

Les *instruments* et *objets de pansement* nécessaires sont nombreux ; ce sont :

Deux bistouris ordinaires, l'un convexe, l'autre droit ; un bistouri boutonné à lame étroite ; une sonde cannelée ; une grosse sonde œsophagienne munie d'une éponge circulaire à sa base (Barnes); plusieurs pinces hémostatiques (modèles Péan ou Spencer Wells) ; un ténaculum, des pinces à

(1) On sait qu'à Paris, quoique bien faite, l'opération ne réussit guère, et qu'au contraire il est des femmes, en province, qui ont pu y être soumises deux et même trois fois sans succomber.

ligature, des ciseaux droits et d'autres courbes sur le plat; plusieurs éponges neuves, fines et préalablement lavées à l'eau phéniquée ; plusieurs petites éponges montées, neuves, fines, et également lavées à l'eau phéniquée; deux ou trois tubes aspirateurs adaptés à des boules de caoutchouc ; des aiguilles courbes à bords tranchants, un porte-aiguille et des fils de *catgut*, en cas qu'on veuille par hasard suturer l'utérus ; des aiguilles droites à pointe de trocart ; des fils d'argent ; des fragments de sonde élastique de moyenne grosseur ; un *tord-fil* quelconque ; des épingles à suture ; des fils cirés ; de longues bandelettes adhésives pouvant faire une fois et demie le tour du corps ; de la charpie, de l'ouate, quelques compresses mollettes, un bandage de corps ; du collodion riciné ; de l'eau de Pagliari ; de l'eau phéniquée au millième (un litre au moins) ; un petit forceps de Pajot (V. *fig.* 119), en cas de besoin ; plusieurs serviettes molles, de l'eau froide, de l'eau chaude, plusieurs cuvettes ; et, nécessairement, de 45 à 50 grammes de chloroforme, avec le cornet à inhalations, car, rendre la femme insensible et immobile, pour tout le temps que durera l'opération, est encore *un point essentiel.*

Quant aux aides, il en faut six au moins, tous expérimentés, adroits et de sang-froid, sans compter la sage-femme ou la garde, qui, plus tard, recevra l'enfant, et qui jusque-là rendra bien des services secondaires.

Les aides et l'opérateur se seront lavés les

mains avec soin dans de l'eau tiède phéniquée, précaution très-sage.

Tout étant prêt, la femme — qui a dû préalablement vider ses intestins et sa vessie — est placée sur le lit ou la table d'opération, dans le décubitus dorsal, la tête et la poitrine modérément soulevées par des coussins, les extrémités inférieures étendues ou à peine fléchies.

Un aide, celui sur lequel on peut le plus compter pour l'adresse, la présence d'esprit et le sang-froid, est placé à la gauche de la malade, *en face de l'accoucheur*, et chargé de l'office le plus important, celui de tenir, avec les mains à plat, les parois abdominales exactement appliquées, de chaque côté de la ligne blanche, sur la face correspondante de l'utérus, de façon — tout en maintenant cet organe immobile sur la ligne médiane — à empêcher, d'abord, l'intestin et l'épiploon de surgir dans le champ de l'incision ventrale, — puis, le sang et le liquide amniotique, qui s'échapperont par la plaie utérine, de venir se répandre dans le péritoine.

Un second aide, qui aura un rôle bien important aussi, sera chargé de la chloroformisation; un troisième, de passer à l'opérateur les instruments; un quatrième, de tenir les jambes; les deux derniers, de veiller à maintenir les bras et le haut du corps.

L'accoucheur, lui, se place *au côté droit* de la femme, et non pas à sa gauche, comme on l'a voulu longtemps, et, dès qu'il s'est assuré

qu'il ne lui manque plus rien et que les aides sont bien à leur poste, il fait commencer la chloroformisation ; mais *ce n'est que lorsque la tolérance anesthésique est bien établie*, qu'il donne son premier coup de bistouri. Il incise dans une étendue de 15 centimètres environ, sur la ligne médiane, entre l'ombilic et le pubis, successivement la peau, le tissu cellulaire et les aponévroses, mais *s'arrête au péritoine qu'il respecte*. Et avant d'aller plus loin, il a soin d'aveugler exactement toutes les bouches vasculaires qui donnent, au moyen des pinces hémostatiques, et, au besoin, de quelques fils à ligature, — et de promener, en outre, sur les surfaces cruentées une éponge montée, légèrement imbibée d'eau de Pagliari. Ce n'est que quand cette plaie ne donne plus de sang, que le péritoine est ouvert, mais *avec des précautions infinies*, comme s'il s'agissait d'un sac herniaire, et divisé ensuite de haut en bas, dans la même étendue que l'incision déjà faite, avec le bistouri boutonné conduit entre deux doigts dont la pulpe est engagée dans le ventre. Il est rare qu'on ait à se servir pour cela de la sonde cannelée. Si, à ce moment-là, on voyait l'épiploon ou l'intestin apparaître, on les repousserait par en haut ou de côté.

La face antérieure de la matrice mise à nu est, à son tour, incisée avec ménagement, couche par couche aussi, pour n'intéresser, ni le placenta s'il se trouve inséré en avant, ni les membranes elles-mêmes. Et c'est ici que l'aide chargé de la

compression du ventre doit redoubler d'attention, dans le triple but déjà indiqué.

Si la poche des eaux ne s'est pas rompue spontanément par le vagin, faudra-t-il ou non, avant d'aller plus loin, la crever artificiellement? Ludwig Winckel, qui a une très-grande expérience de l'opération, selon Barnes, a bien dit que l'écoulement des eaux du côté de l'abdomen ne peut avoir aucun inconvénient, et que laisser les membranes entières jusqu'au moment où, de la main, on va saisir l'enfant, c'est rendre l'extraction de ce dernier bien plus facile. Cependant, il serait peut-être encore plus sage d'éviter cette sortie à flot du liquide amniotique, qui doit suivre infailliblement le retrait rapide de la matrice une fois ouverte. Et dans le cas où les eaux paraîtraient *très-abondantes*, mais dans ce cas-là seulement, bien entendu, il nous semblerait assez prudent de faire ponctionner par un aide expérimenté la poche amniotique, dans le champ même du col, un peu avant de porter la main dans la plaie utérine pour rompre les membranes et saisir la partie fœtale qui se présente. L'échappement d'une partie du liquide par le vagin diminuerait évidemment l'abondance de l'effusion par en haut, et ne gênerait nullement la manœuvre de l'extraction. Quoi qu'il en soit, si ce sont les pieds que l'accoucheur rencontre, c'est par eux qu'il tire l'enfant; si c'est la tête, il la saisit, soit avec les mains, soit avec le petit forceps, et en tirant sur elle entraîne bientôt tout le reste. Quand par hasard la plaie

utérine est trop petite pour livrer un passage facile à la tête, il va sans dire qu'on l'élargit bien vite *par en haut*, avec le bistouri boutonné ; et nous disons *par en haut*, parce que les fibres circulaires dominent vers le segment inférieur de la matrice et que sur ce point la plaie aurait plus de tendance à bâiller qu'ailleurs (Barnes).

Une fois l'enfant dehors et le cordon lié et coupé, on retourne de suite au placenta qu'on décolle avec précaution et qu'on extrait en le tordant sur lui-même, pour être sûr d'entraîner avec lui les membranes bien entières.

C'est alors que Barnes introduit sa grosse et longue sonde de haut en bas dans l'orifice utérin jusqu'à la faire sortir par la vulve, pour servir de conducteur aux lochies vers le vagin. Mais, si l'utérus se rétracte bien, et si le col avait été reconnu suffisamment ouvert, cette précaution n'est pas utile ; les lochies couleront toujours par en bas.

Dès que la poche des eaux a été rompue, la matrice a commencé à se rétracter, et quand le fœtus est sorti, elle se rétracte bien plus encore, même tellement vite parfois, que si l'aide chargé de comprimer les parois abdominales ne prêtait pas à cela la plus grande attention, il laisserait facilement entre ces parois et l'utérus un vide par lequel du sang ferait effusion dans le péritoine. Car, l'incision utérine donne beaucoup de sang ! Toutefois, qu'on ne s'en effraye pas trop. Si l'organe se rétracte promptement, ce qui est la règle,

la plaie se ferme et l'hémorrhagie s'arrête. C'est la rétraction rapide et franche de l'utérus qui est, ici, le meilleur hémostatique. Ce qui revient à dire que, dans l'extraction du fœtus, puis du placenta et des membranes, il est nécessaire de mettre toute la célérité possible.

Dans le cas où le placenta se trouverait juste au fond de l'incision, il faudrait le détacher d'un côté et glisser bien vite la main dans la matrice, pour saisir l'extrémité fœtale qui se présente.

Reste à faire maintenant, et aussi minutieusement que possible, la *toilette du péritoine*, en se servant pour cela des petites éponges montées, des tubes aspirateurs, de serviettes chaudes, etc., et à s'occuper des deux plaies.

Tous les auteurs, moins Barnes, sont d'avis qu'on abandonne à elle-même la plaie utérine, sans suture, par conséquent. La fermeture de la plaie utérine doit être abandonnée aux contractions de la matrice (Nægelé et Stoltz). — Si l'utérus se rétracte bien, il n'y a qu'à le laisser aller dans le ventre (Schröder). — « Je n'ai jamais fait de suture utérine, après l'opération césarienne, et n'ai jamais vu d'hémorrhagie mortelle s'ensuivre » (Ludwig Winckel). — Et Cazeaux, Scanzoni, Chailly-Honoré, etc., ne tiennent pas un autre langage. Barnes est le seul qui veuille qu'on s'occupe de suturer la blessure de l'utérus, dès qu'elle ne donne presque plus de sang, et c'est avec des fils métalliques qu'il propose de faire cette suture, par un procédé de son invention qui ne sera, assuré-

ment, jamais adopté par d'autres. Si l'on tenait absolument à affronter artificiellement les lèvres de la plaie utérine, il faudrait au moins le faire, comme le proposerait M. le Dr Duplouy, avec des fils de *catgut* qu'on peut réellement, dit-il, abandonner *sans danger* dans les tissus, après toutefois en avoir coupé les chefs au ras des nœuds.

Quant à l'incision de la paroi abdominale, elle doit être réunie par deux plans de sutures; l'une profonde, *enchevillée ;* l'autre superficielle, *entortillée.* La première est faite avec de minces fils d'argent dont sont armées des aiguilles droites à pointe de trocart, aiguë et tranchante, qu'on enfonce de dehors en dedans, à 15 millimètres de l'un des bords de la plaie, — qui traversent de part en part, le *péritoine compris*, ce qui est important, et qu'on ramène à la peau, de l'autre bord, de dedans en dehors, en leur faisant suivre un trajet exactement inverse. 4 ou 5 fils métalliques doubles sont ainsi passés successivement, à une distance de 2 à 3 centimètres les uns des autres, et on les arrête, comme dans toute suture du même genre, sur des petits bouts de sonde, après avoir tiré sur eux assez fortement pour affronter les surfaces cruentées. — La seconde suture, celle *entortillée*, qui se fait, comme d'habitude, avec des épingles et des fils de chanvre, réunit la peau et le tissu cellulaire d'un côté avec la peau et le tissu cellulaire du côté opposé. On passe autant d'épingles qu'on le croit nécessaire pour que les bords de l'incision cutanée soient bien réunis partout. Car,

il est essentiel que le ventre soit bien clos, même par en bas. Jusqu'à ces derniers temps, on avait tenu à laisser ouvert l'angle inférieur de la plaie abdominale, et à y placer même une mèche de linge effilée sur ses bords, qui devait conduire au dehors les liquides restés ou versés ultérieurement dans la cavité du péritoine. Mais aujourd'hui cette pratique est généralement abandonnée, parce que, d'abord, elle ne remplit pas le but qu'on se proposait, — puis, parce qu'elle maintient la cavité péritonéale, *ce qui est fort dangereux*, en communication avec l'air extérieur.

Les sutures enchevillées et entortillées terminées, on badigeonne toute la région abdominale antérieure avec du collodion, on garnit les flancs et l'hypogastre de compresses un peu épaisses, qu'on maintient au moyen des longues bandelettes adhésives dont le plein est appliqué sur les lombes et dont les chefs viennent s'entrecroiser en avant, par-dessus les gâteaux de charpie dont on a recouvert la plaie extérieure ; et le ventre est, enfin, couvert d'ouate, maintenue par un bandage de corps peu serré.

Une nourriture légère, un repos absolu, le cathétérisme vésical, fréquemment répété, de l'opium à doses filées, des lavements de camomille miellée, des potions ammoniacales anisées, etc., formeront la base du traitement consécutif.

Pendant 5 ou 6 jours, on ne devra pas toucher au pansement. S'il y a de l'odeur, on se contentera

de quelques lavages ou aspersions à l'eau phéniquée. Ce n'est que du 8e au 10e jour qu'on se décidera à enlever les fils métalliques et les épingles qui ont servi aux sutures; et seulement du 12e au 15e jour qu'on pourra permettre à la pauvre opérée de se donner quelques mouvements.

Opération césarienne *post mortem*.

L'accoucheur qui se trouverait en présence d'un cas indiquant l'opération césarienne *post mortem* devrait, pour régler convenablement sa conduite, tenir grand compte des propositions suivantes :

1° L'enfant qui, encore dans l'utérus, survit à sa mère, ne lui servit jamais qu'un temps très-court, *dix à douze minutes au plus ;* passé ce temps, on ne trouve plus qu'un cadavre dans la cavité utérine.

La chance d'avoir l'enfant vivant par l'opération *post mortem* est liée au genre de mort de la mère. Si elle meurt subitement, par accident, le fœtus ne meurt pas vite. Si elle meurt de maladie lente, de consomption quelconque, le fœtus ne vit que quelques minutes. Si elle meurt d'hémorrhagie externe ou interne (décollement rapide du placenta *prævia,* ou rupture de l'utérus, par exemple), la mort du fœtus a lieu en même temps que celle de la mère, et bien souvent même a précédé celle de la mère.

2° Le fœtus, dont le cœur a cessé de battre de-

puis cinq ou six minutes, est définitivement mort; on lui prodiguerait en vain, pour le ranimer, tous les soins imaginables.

3° Avant d'opérer une femme qui vient d'expirer, il faut bien s'assurer, au moyen de l'auscultation, que l'enfant vit, et s'assurer aussi, par le toucher vaginal, qu'un accouchement un peu rapide par les voies naturelles, même en ayant recours à un large débridement du col, est absolument impossible.

Car l'accouchement forcé vaut alors mieux, dans certains cas, que l'opération césarienne. Ainsi, quand au moment où la femme meurt d'accident, de syncope par exemple, le col est suffisamment dilaté et le bassin normal ou très-peu déformé, la version forcée, faite rapidement, est préférable à l'opération césarienne, parce qu'elle ne choque pas autant les assistants et que, du reste, elle ne demande pas plus de temps. L'école italienne a adopté cette méthode.

4° L'opération césarienne *post mortem,* si le fœtus est reconnu vivant et *viable*, ou seulement soupçonné tel, ne peut pas être assimilée à une autopsie ordinaire faite sur un corps où il n'y a plus rien de vivant : le médecin a donc, dans le premier cas, le droit de se soustraire aux ordonnances de police relatives aux délais prescrits pour les ouvertures de cadavres : c'est pour lui, tout à la fois, une affaire de conscience et une question de responsabilité médicale.

Mais, ajouterons-nous, s'il n'a pas besoin d'en

référer à la police, il a absolument besoin de prendre l'avis des plus proches parents et d'obtenir leur consentement avant d'agir.

Du reste, comme la mort de la femme pourrait fort bien ne pas être encore tout à fait réelle, il aurait soin de faire l'opération comme sur le vivant ; seulement, *avec toute la célérité possible*.

Nous avons dit, ailleurs, à propos de l'oblitération du col de l'utérus au moment du travail, ce que nous avions à dire de l'*hystérotomie vaginale*, ou *opération césarienne vaginale* de quelques auteurs. Nous n'y reviendrons pas ; nous rappellerons seulement qu'à côté de la *gastro-hystérotomie*, c'est une opération très-facile à pratiquer et presque exempte de tout danger.

Extraction du fœtus dans le cas de grossesse extra-utérine.

Ce que nous allons dire, à ce sujet, nous l'emprunterons presque textuellement au remarquable mémoire de M. Tarnier (1).

« En dehors de la cavité utérine, l'œuf ne « trouve pas de conditions assez favorables pour « assurer sa vitalité et protéger son développe- « ment ; aussi, arrive-t-il rarement à sa complète

(1) Tarnier, *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire, et des procédés opératoires relatifs à cette extraction*. Paris, 1860.

« maturité. Le plus souvent, avant le cinquième « mois, le kyste qui renferme le produit de la « conception se rompt, et l'embryon est entraîné « dans la cavité péritonéale, avec une quantité de « sang plus ou moins considérable.

« Au point de vue de l'accouchement, il est « utile de distinguer les grossesses extra-utérines « en deux classes, savoir :

« Celles qui peuvent se terminer par les voies « naturelles ; et celles qui ne peuvent pas se ter- « miner de cette façon.

« En effet, le mode de traitement sera essentiel- « lement différent : dans les premières, de simples « manœuvres, le forceps, et plus souvent encore, « les seules forces de la nature, termineront l'ac- « couchement ; tandis que, dans les secondes, si « l'art intervient, ce ne pourra être que par une « opération sanglante. »

1re classe. Grossesses extra-utérines pouvant se terminer par les voies naturelles.

« L'ovule fécondé s'est alors arrêté, soit dans la « partie du tuber qui traverse la corne de l'utérus; « soit dans l'épaisseur même de la paroi utérine, « après avoir déchiré la trompe ; — et, en se dé- « veloppant, il finit par proéminer du côté de la « cavité utérine, si bien qu'au moment de l'accou- « chement il occupe réellement cette cavité. Dans « ce cas, il n'y a plus, en fait de difficultés, rien « qui soit spécial aux grossesses extra-utérines,

« et la conduite de l'accoucheur, quand le travail « commence, n'est pas autre que celle qu'il tien- « drait dans un cas tout ordinaire. »

2e Classe. Grossesses extra-utérines ne permettant pas l'accouchement par les voies naturelles.

Ici, l'œuf fécondé s'est développé en dehors et loin de la cavité utérine, et s'il arrive au 7e ou 8e mois, ce qui est rare, il se trouve logé dans la cavité abdominale. Alors, il y a des indications particulières à remplir, variables du reste, suivant que le kyste est intact ou rompu, le fœtus mort ou vivant.

Si le kyste est intact et l'enfant vivant, on attend que le travail commence ou qu'il survienne quelque accident chez la mère, pour en venir à l'extraction du fœtus ; or, cette extraction ne peut alors se faire que par la gastrotomie. Mais, ici, l'incision abdominale ne se pratique pas sur un point déterminé, toujours le même, comme dans la véritable *opération césarienne ;* sa place varie nécessairement avec la position du kyste. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'on devra inciser la paroi abdominale dans le point où le kyste est le plus facilement accessible.

Si le kyste est intact et l'enfant mort, on s'abstient de toute opération tant que la mère n'éprouve aucun accident grave ; mais s'il apparaît des symptômes de péritonite, il faut de toute nécessité songer à l'extraction du fœtus, et chercher, dès lors,

vers quel point le kyste a le plus de tendance à se porter. Quelquefois c'est vers le rectum, d'autres fois vers le vagin, ailleurs vers l'une des régions iliaques. Dans une circonstance semblable, P. Dubois, malgré l'avis contraire de plusieurs consultants, fit une large incision au vagin ; et bien que, contre son espérance, il ne pût extraire le fœtus avec le forceps, il n'en eut pas moins un succès complet; le kyste s'enflamma ; après quelques jours, le produit putréfié sortit par lambeaux ; et, grâce à la situation déclive de la large ouverture, on put, par des injections à grande eau, déterger le foyer, dont les parois se recollèrent encore avec assez de rapidité, puisque, deux mois après, la femme quittait l'hôpital entièrement rétablie.

Il est évident que, si le kyste tendait à s'ouvrir dans le rectum, rien n'empêcherait de faire là ce que P. Dubois a fait dans le vagin.

Enfin, si l'on ne pouvait atteindre le kyste, ni par le vagin, ni par le rectum, et que des accidents graves fissent un devoir de pratiquer l'extraction, il faudrait la tenter par la paroi abdominale ; seulement, dans cette circonstance, puisque l'enfant est mort, on devrait faire l'opération en deux temps, — n'inciser d'abord que jusqu'au péritoine, laisser le temps au kyste d'adhérer solidement à la séreuse pariétale, et, après cela, ouvrir le kyste et extraire le fœtus.

Si le kyste est rompu et l'enfant vivant, il n'y a pas à hésiter un seul instant, il faut en toute hâte pratiquer la gastrotomie ; tarder un seul instant à

extraire le fœtus, c'est sûrement le sacrifier. Quant à la mère, que peut-on craindre? une péritonite? mais ne l'aura-t-elle pas infailliblement si le fœtus reste dans la cavité abdominale, avec les membranes, le sang qui s'épanche, etc.? Si elle a quelque chance d'y échapper, n'est-ce pas plutôt par l'opération, qui enlèvera la cause principale de l'inflammation du péritoine? Tout bien considéré, en pareil cas, l'intérêt de la mère, aussi bien que l'intérêt de l'enfant, commande la gastrotomie dans le plus bref délai.

Enfin, *si le kyste est rompu et l'enfant mort*, on n'a à considérer que l'intérêt de la mère; et comme elle est évidemment exposée à une péritonite qui pourra l'enlever en quelques heures, il faut encore pratiquer la gastrotomie, et de bonne heure, sinon à l'instant même. Il est certain que la présence du fœtus mort et du contenu du kyste dans la cavité abdominale amènera infailliblement le développement d'une péritonite très-étendue; par conséquent, il est sage de chercher à la prévenir, et le meilleur moyen est sans contredit d'enlever la cause. Il est bien entendu que toutes les fois qu'on aura à ouvrir le péritoine, on devra s'entourer des précautions que nous avons indiquées en traitant de l'opération césarienne. — Mais, si la péritonite existe déjà, il faut bien se garder de pratiquer une opération qui n'aurait d'autre résultat que d'avancer le terme fatal : on se livrera donc alors à l'expectation; et il n'est pas sans exemple que la nature, après une péritonite limitée, un nouvel

enkystement du fœtus, puis des abcès consécutifs, soit parvenue à expulser le corps étranger par lambeaux et à sauver la femme d'une mort qui paraissait presque inévitable.

Symphyséotomie.

La *symphyséotomie* est une mauvaise opération, qu'on ne pratique plus aujourd'hui que dans les amphithéâtres, et qu'il faudrait, dès lors, rayer définitivement du cadre des opérations obstétricales. Nous garderons donc sur elle — dans un petit ouvrage comme celui-ci, qui n'a pour but que de guider le médecin praticien — le silence le plus absolu; — renvoyant à n'importe quel traité d'accouchements ceux qui voudraient connaître l'histoire de l'invention, alternativement si vantée et si sévèrement proscrite, de l'étudiant français Sigault (1768).

Accouchement prématuré spontané (1).

C'est la naissance d'un fœtus non arrivé à sa complète maturité, mais *viable* cependant; par

(1) C'est à l'excellent article ACCOUCHEMENT, de M. le professeur Stoltz, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. I, que nous avons emprunté, souvent même presque textuellement, ce qui nous a permis de rendre plus complètes, et plus pratiques en même temps, nos considérations sur l'accouchement prématuré, soit spontané, soit artificiel.

conséquent assez bien organisé pour pouvoir continuer de vivre hors du sein maternel.

Les phénomènes dynamiques et mécaniques, dans ce genre d'accouchement, sont à peu près les mêmes que dans l'accouchement à terme ; seulement, l'expulsion est d'ordinaire plus facile et plus prompte ; — à moins que, comme cela se voit alors assez souvent, la présentation du fœtus ne soit anormale ; et en effet, le fœtus, quand il naît avant terme, se présente fréquemment par le siége.

Dans tous les cas, l'accouchement prématuré est pathologique, contre nature, provoqué par des causes non naturelles (*Voy.* celles de l'avortement), et, par suite, plus grave pour la femme que l'accouchement à terme, bien pourtant que le corps expulsé soit moins volumineux.

Puis, ce qui ajoute encore à ce pronostic assez peu favorable, c'est que l'expérience a enseigné qu'une femme qui a accouché prématurément, — surtout par l'effet d'une cause *interne*, générale, obscure, qui a mis en jeu trop tôt la contractilité utérine, — est prédisposée à accoucher ainsi de nouveau, peut-être même toujours, et au même terme de la gestation, si la cause n'a pas pu être écartée par un traitement méthodique, ou ne s'est pas spontanément dissipée.

Quant aux soins que réclame une femme qui accouche seule prématurément, ils sont évidemment les mêmes que ceux donnés à celle qui accouche à terme. Mais il y a un enfant qui n'a pas

atteint sa maturité complète et dont il faut nécessairement s'occuper d'une façon toute particulière. (Voy. *Soins à donner à l'enfant naissant faible*, p. 268.)

Accouchement prématuré artificiel.

Il y a deux manières de terminer artificiellement l'accouchement : l'une rapide, qui consiste à aller chercher le fœtus dans le sein de sa mère *par une véritable version*, avant que les organes génitaux soient disposés à le pousser et à le laisser passer; — l'autre plus lente, qui consiste à en provoquer l'expulsion par les seules forces de la nature. La première est ce qu'on appelle l'*accouchement forcé;* la seconde, l'*accouchement provoqué.*

A. — Accouchement forcé.

Les cas où cette opération *violente* est nécessaire sont rares : elle a été conseillée et pratiquée, d'abord, pour arrêter des hémorrhagies utérines graves, survenant dans les derniers mois de la grossesse ; puis, pour enrayer l'éclampsie ; et enfin, pour arrêter quelque autre accident grave et subit, dépendant de la grossesse ou arrivé pendant la gestation, et à la suite duquel la vie du fœtus pourrait être mise en danger en même temps que celle de la mère.

Mais, comme c'est une opération qui expose à la fois beaucoup et la femme et l'enfant, on en fait rarement usage, et avec raison. Car, comme le

fait observer Schröder, les convulsions éclamptiques cèdent presque sûrement aux anesthésiques, tandis qu'elles sont accrues par toute intervention chirurgicale douloureuse.

Dans les hémorrhagies graves, on n'a pas le temps de préparer le col à une dilatation suffisante pour que la main puisse pénétrer dans l'utérus.

Et chez une femme qui vient d'être frappée mortellement, d'une façon quelconque, il n'y a que l'opération césarienne à entreprendre de suite, si l'on veut sauver l'enfant.

L'accouchement forcé, après tout, nous le répétons, consiste en une simple *version podalique;* mais une version rendue très-difficile, en général, par la non-préparation à se laisser dilater, et de la vulve, et du vagin, et du col utérin lui-même, qu'on ne trouve un peu ramolli et dilatable que dans le cas d'insertion du placenta sur lui. Sans doute, on a la ressource du bistouri pour vaincre la résistance de cet orifice ; mais est-ce que ces débridements eux-mêmes sont toujours sans danger?

Ce n'est que lorsqu'il y a déjà eu un commencement de travail, que l'introduction de la main devient praticable sans trop de difficulté.

L'accouchement *forcé* est donc, en résumé, une mauvaise opération, qui ne doit jamais être entreprise que lorsqu'elle est formellement commandée par un grand péril couru par la femme, et qu'il y a des conditions donnant chances de succès.

Il faudrait prendre, du reste, l'avis de confrères éclairés.

B. — Accouchement provoqué.

L'accouchement *provoqué* est, au contraire, une bonne opération, car il est reconnu qu'elle ne sauve pas moins de 15 enfants sur 30, en ne laissant mourir qu'une femme sur 15, — quand, toutefois, elle n'est pas entreprise pour un autre motif que pour *un rétrécissement du bassin* ou *une ampleur insuffisante de la cavité abdominale*, — la femme jouissant, d'ailleurs, de la santé la plus parfaite. Si elle est pratiquée pour mettre fin à une hémorrhagie, — ou pour remédier à des vomissements incoërcibles, — ou pour parer au danger de suffocation dans le cas d'hydropisie quelconque, — ou pour atténuer les accidents d'une affection organique du cœur ou de l'aorte, — ou, enfin, pour interrompre le cours d'accès d'éclampsie allant toujours en augmentant d'intensité, — elle ne donne pas des résultats à beaucoup près aussi favorables; mais elle n'en reste pas moins encore une opération des plus rationnelles. Mais il n'en est pas de même dans le cas d'*ictère épidémique*, quoi qu'en ait dit Bardinet, de Limoges, dans son remarquable mémoire (1). Car, comme l'a fait remarquer judicieusement M. Blot, rapporteur de la commission chargée d'examiner ce travail, ce n'est pas l'état de plénitude de

(1) Bardinet, *De l'ictère épidémique chez les femmes enceintes*, etc., in *Bull. de l'Acad. de médecine*, nov. 1863.

l'utérus, mais bien une altération particulière et grave du foie, qui constitue ici le danger : et on ne voit réellement pas comment une déplétion utérine, tant rapide soit-elle, pourrait modifier avantageusement et en quelques heures une altération pathologique qui a mis souvent plusieurs mois à se produire.

L'époque de la grossesse où il convient le mieux de provoquer l'accouchement varie suivant le genre d'*indication*. Dans les rétrécissements pelviens, le moment doit être calculé d'après le degré approximatif de l'étroitesse ; tandis que, lorsqu'il y a maladie ou accident, on n'opère qu'après avoir épuisé les ressources de la thérapeutique ordinaire, et quand il n'y a plus à espérer de salut que de l'évacuation de la matrice.

Dans le premier cas, on fixe d'avance l'époque de l'opération ; c'est un *temps d'élection*. Dans le second cas, on ne peut fixer d'avance aucune époque, on ne peut que se tenir prêt à agir d'un instant à l'autre ; c'est un *temps de nécessité*.

Mais on assume évidemment une grande responsabilité en entreprenant une pareille opération ; il sera donc sage de réunir préalablement en consultation quelques confrères instruits et expérimentés.

Sans parler des *frictions sur le fond et le col de l'utérus tout à la fois* (Ritgen), qui sont impuissantes à provoquer seules le travail de la parturition ; — sans parler, non plus, du *seigle ergoté*, qui est non-seulement incertain, mais encore dan-

gereux, puisque Ramsbotham, qui le vante tant, a fait la triste expérience que la plupart des enfants expulsés par ce moyen sont nés morts, — nous allons voir qu'il reste encore dans la pratique d'assez nombreux moyens de provoquer l'accouchement.

Les plus employés sont :

1° La *perforation des membranes* ou *ponction de l'œuf*, — méthode à laquelle les accoucheurs anglais et allemands restent fidèles, mais qu'on applique rarement en France ;

2° La *dilatation mécanique du col par un morceau d'éponge préparée*, — méthode inventée par Bruninghausen, en 1820, mais généralisée par Kluge, un peu plus tard, en 1826 ;

3° Le *tamponnement du vagin*, méthode de Schæller ;

4° Les *douches d'eau chaude dirigées sur le museau de tanche* (procédé de Kiwisch) ;

5° Le *décollement du segment inférieur de l'œuf*, — soit par le procédé du professeur Lehmann, d'Amsterdam ; soit, de préférence, par le procédé de M. S. Tarnier.

a) *Ponction de l'œuf*. — La ponction de l'œuf se fait habituellement dans le champ même de l'orifice interne de la matrice (procédé ordinaire) ; mais elle peut aussi être pratiquée vers le fond de l'utérus (procédé de Meissner).

Pour ponctionner l'œuf à son point le plus déclive, dans le champ même de l'orifice utérin, on

peut se servir, soit d'une sonde utérine ordinaire (procédé de Scheel), — soit d'une plume d'oie taillée en pointe et glissée par-dessus un conducteur mousse quelconque (pro-

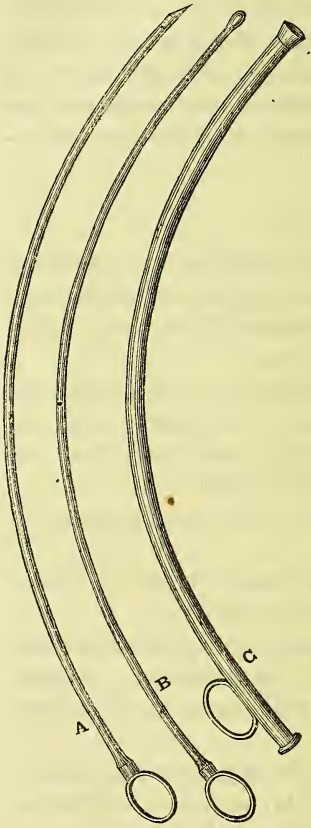


Fig. 157. — A, trocart; B, mandrin mousse; C, canule (Meissner) (1).

Fig. 158. — Trocart à ponction de l'œuf.

(1) Stoltz, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1864, t. I, art. Accouchement, p. 306 et 307.

cédé de Rokitansky), — soit, enfin, d'un trocart fin et légèrement courbe (voy. *fig.* 157).

La femme que l'on opère peut être debout ou couchée, à volonté. Si l'on se sert du cathéter utérin ou de la plume taillée, on n'a qu'à donner un petit coup sec, quand on est rendu à toucher l'œuf du bout de l'instrument. Si l'on se sert du trocart, de préférence, on retire tout à fait l'aiguille de la canule, pour être sûr de ne pas blesser le vagin ou le museau de tanche, et la canule est alors introduite le long du doigt indicateur gauche qui lui sert de guide, jusqu'à dépasser un peu l'orifice interne du col, c'est-à-dire jusqu'à toucher l'œuf. Puis, l'aiguille étant repoussée dans la canule jusqu'à la garde, on fait pénétrer d'un petit coup de poignet l'instrument dans l'œuf. On reconnaît qu'il est entré, à un défaut de résistance, si on cherche à le pousser plus avant; on retire l'aiguille; on laisse couler une ou deux cuillerées d'eau par la canule, après quoi, on retire également celle-ci. Si l'on ne tire pas plus d'eau, c'est qu'on a remarqué que l'écoulement d'une plus grande quantité était très-défavorable, lorsque, par hasard, le col n'était pas disposé à une dilatation facile.

Pour ponctionner l'œuf plus haut, c'est-à-dire par le procédé de Meissner, — qui a l'avantage de laisser se former une poche des eaux, mais qui a aussi l'inconvénient d'aller, parfois, joindre et blesser le placenta, — on se sert d'un trocart, à canule de 35 à 36 centimètres de longueur, de

3 à 5 millimètres d'épaisseur, et courbée en arc de cercle d'un rayon d'environ 25 centimètres (*fig.* 157). A la partie inférieure de cette canule, du côté de la convexité, existe un anneau qui est tout à la fois un point de mire pour la bien diriger dans le sens où il convient, et un moyen de tenir l'intrument assez solidement pour le manier avec plus de sécurité. Deux mandrins, dont l'un à extrémité mousse et arrondie, l'autre à extrémité disposée en trocart, sont destinés à y être introduits successivement ; — le premier, pour pouvoir porter l'instrument jusque vers le fond de la matrice sans risque de léser sa paroi ; le second, pour perforer les membranes.

La femme étant encore debout ou couchée, mais de préférence couchée en travers sur le bord de son lit, c'est le long de la paroi *postérieure* de l'utérus que l'extrémité supérieure de la canule, garnie du mandrin *mousse*, doit cheminer jusqu'à ce que l'anneau de l'extrémité inférieure touche la vulve. Alors, on incline cette dernière extrémité vers le périnée, pour chercher à reconnaître si l'autre n'est pas en rapport, par hasard, avec une partie saillante du fœtus ; et quand on est sûr qu'il n'en est rien, on n'a plus qu'à remplacer le mandrin mousse par celui terminé *en trocart*, pour percer l'œuf par un petit mouvement de ponction (1).

(1) Villeneuve, de Marseille, pour qu'on soit plus sûr encore de ne pas blesser le fœtus, a substitué aux deux man-

Quel que soit le procédé employé, on ne laisse s'écouler qu'une cuillerée de sérosité ou deux au plus ; puis on retire l'instrument, pour abandonner à elle-même la femme, qui peut prendre telle position qu'il lui plaira et même vaquer à ses affaires. Le liquide amniotique s'écoule peu à peu, mais lentement, goutte à goutte, et les contractions utérines ne tardent pas à se manifester. Il faut pourtant attendre quelquefois 24 heures pour voir la dilatation du col en bon train de se faire.

Des deux méthodes, nous préférons la première, parce qu'elle est d'une exécution plus simple, plus facile, et qu'elle n'a besoin d'aucun instrument particulier ; il suffit, en effet, d'une plume, d'un stylet ou d'une sonde quelconque, pour crever l'œuf dans le champ de l'orifice utérin.

La perforation des membranes est une bonne méthode, très-employée, nous l'avons déjà dit, en Allemagne et en Angleterre.

b) *Procédé de Kluge.* — Pour appliquer le procédé de Kluge, qui avait été adopté presque exclusivement, dans ces dernières années, par P. Dubois, Chailly, M. Stoltz, etc., il faut avoir un cône

drins de Meissner un mandrin unique terminé par une pince *à crochets*, simulant l'extrémité mousse d'un stylet quand ils sont rapprochés, et s'ouvrant, à la façon de la pince de Hunter, dès qu'on pousse un peu la tige qui les termine ils vont alors saisir les membranes de l'œuf et les déchirer. — Villeneuve a donné, du reste, à cet instrument ingénieux le nom de *perce-membranes*.

d'éponge préparée (1), de 4 centimètres 1/2 de hauteur sur 1 centimètre 1/2 d'épaisseur à sa base, — une longue pince à anneaux un peu courbe, — une éponge fine de la grosseur d'un œuf d'oie ou plusieurs morceaux de vieux linge, — et un bandage de corps muni d'une compresse destinée à être ramenée d'arrière en avant par-dessus la vulve. — Quand on a bien sous la main tout ce qui est nécessaire, on place la femme sur le bord de son lit, comme pour l'application du forceps. On va, alors, avec le doigt indicateur gauche, chercher l'orifice du col, et lorsqu'on est sûr de le tenir, armant sa main droite de la pince, entre les mors de laquelle on a saisi longitudinalement le cône d'éponge près de sa base (V. *fig.* 159), ou de la simple tige métallique sur la pointe de laquelle on a implanté légèrement un cône semblable (V. *fig.* 160), on porte ce corps étranger *tout sec* jusque dans le col, en se guidant, bien entendu, pour ne pas faire fausse route, sur l'index gauche. Le cône est enfoncé avec force ; puis, pendant qu'on le retient dans le col avec l'extrémité du doigt qui a servi de conducteur, on retire l'instrument et on bourre le vagin de la grosse éponge ou des morceaux de vieux linge qu'on a préparés à cet effet, et qu'on retient

(1) L'éponge, préparée *a la ficelle*, se laisse tailler facilement, avec un instrument bien acéré toutefois, se laisse même polir à la lime, et a l'avantage sur la tige de la *Laminaire digitée*, qui a été aussi conseillée, de se dilater plus vite.

en place au moyen du bandage en T. La femme

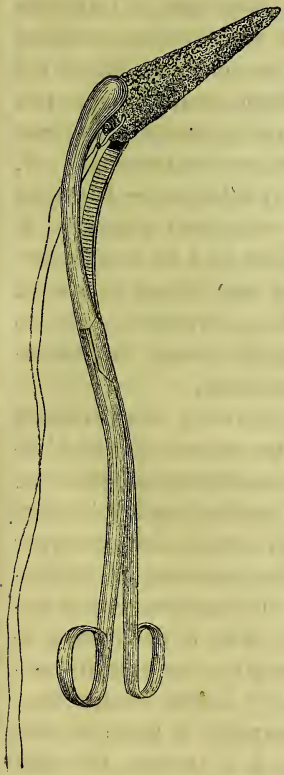


Fig. 159. — Éponge préparée, saisie avec la pince à polypes.

Fig. 160. — Simple tige métallique sur la pointe de laquelle on implante légèrement, sans y mettre de force, la base du cône d'éponge.

est ensuite maintenue immobile au lit, dans

le décubitus dorsal. En général, il ne faut pas plus de quelques heures pour que le travail de l'accouchement commence sous l'action complexe du cône d'éponge, qui, en se gonflant, dilate le col et le ramollit, — et du tampon, qui, bien que peu serré, irrite le vagin et, par sympathie, l'utérus lui-même : celui-ci entre en contractions, et, alors, les deux éponges sont enlevées, — la grosse en la pinçant simplement avec deux doigts, — la petite en tirant sur le fil dont on a eu soin de traverser sa base. Enfin, plus tard, quand le col est suffisamment dilaté et les contractions utérines bien établies, on se comporte comme si l'accouchement était tout à fait spontané.

Nous avons fait cette opération dernièrement avec succès (pour arrêter les progrès d'une hydrémie extrême), mais en nous servant du spéculum plein, qui, en embrassant le col et rendant l'orifice parfaitement visible, ainsi que le fait observer également M. Stoltz, facilite beaucoup et l'introduction du cône d'éponge et le tamponnement vaginal. — Le corps dilatant était à peine dans le col depuis *deux heures*, que la matrice entrait franchement en contractions, et, douze heures plus tard, un fœtus mort était expulsé le siége le premier. — Le cône d'éponge et le tampon n'étaient restés en place que trois heures, et cela avait suffi pour mettre le travail en train. — La méthode de Kluge est encore une bonne méthode.

c) *Procédé du tamponnement.* — C'est un jeune médecin de Berlin, le Dr Schœller, qui, ayant as-

sisté, à Paris, en 1839, à l'application du *tampon*, dans un cas d'hémorrhagie par cause de décollement prématuré d'un placenta prævia, et ayant constaté son effet sur l'accélération du travail de l'enfantement, a le premier songé à se servir du *tamponnement vaginal* dans le but de provoquer l'accouchement prématuré. De retour dans son pays, il en fit l'essai, et, dès 1842 il avait déjà plusieurs succès à publier. Son tampon se composait d'une série de bourdonnets de charpie trempés dans de l'huile, pour en faciliter l'introduction dans le fond du vagin, *jusqu'à contact aussi immédiat que possible avec le museau de tanche*, et il en renouvelait l'application tous les jours, et même deux fois par jour s'il le fallait. Mais, en général, peu de temps après l'installation du tampon, le ventre se tendait, dit Schœller, la matrice devenait dure, et les douleurs pour accoucher se déclaraient.

A ce tamponnement fait à l'aide de bourdonnets, on préfère généralement aujourd'hui celui plus simple fait avec une poche en caoutchouc vulcanisé, qu'au moyen d'une seringue on remplit peu à peu d'eau tiède, jusqu'à ce qu'elle paraisse modérément distendue (*fig.* 161). La femme reste ensuite couchée tranquillement sur le dos. Au bout de quelques heures, on fait une nouvelle injection pour augmenter la distension du tampon, et on continue ainsi jusqu'à ce qu'il survienne des douleurs.

Si le tampon est peu distendu, il est à peine senti et ne produit presque rien; mais s'il est très-

rempli, il donne lieu à de grandes douleurs et ne tarde pas à mettre le travail en train.

Quel que soit le tampon employé, on l'enlève dès qu'on s'aperçoit, à la nature des douleurs et à leur répétition à intervalles réglés, que l'accouchement marche, et l'on n'a plus qu'à soutenir son action par des frictions sur le fond de la matrice, l'administration d'un peu de seigle ergoté et la titillation du pourtour de l'orifice utérin, pour voir l'accouchement se terminer.

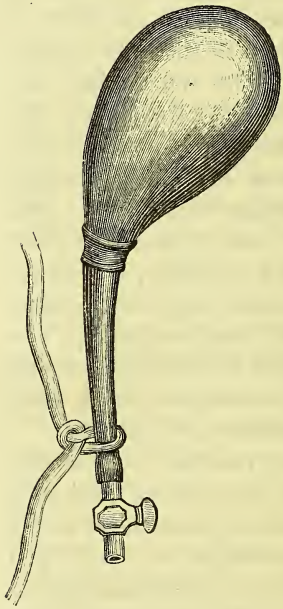


Fig. 161. — Colpeurynter de Brau.

Il est bien entendu que, comme toujours, la vessie et même le rectum ont dû être préalablement débarrassés de leur contenu, avant l'application du tampon, et que si, lorsqu'il est en place, le besoin d'uriner survenait, il faudrait bien vite recourir au cathétérisme.

La méthode de Schœller (tamponnement du vagin) n'est pas restée dans la pratique, en France du moins.

d) Procédé des douches chaudes ou de Kiwisch. — Pour l'application du procédé de Kiwisch, il faut avoir un vase en bois ou en fer-blanc, de la contenance de 8 à 10 litres, et muni d'un long tube élastique à robinet, — ou, mieux encore, un irrigateur Éguisier de grandes dimensions (*fig.* 162). Si l'on se sert du vase ordinaire à long tube, il faut le placer sur un point élevé, sur une armoire, par exemple ; mais, avec l'irrigateur Éguisier, cette précaution est inutile ; on met l'instrument sur la première table venue. — La canule que l'on ajuste à l'extrémité du tube, et qui doit être introduite dans le vagin, aura au moins 4 millimètres de calibre, et l'eau dont on chargera l'instrument, quel qu'il soit, sera chaude à 38° centigrades (1).

L'irrigateur étant préparé, la femme est placée sur le bord d'un lit préalablement garni d'une toile cirée, disposée de façon à conduire l'eau dans un bassin quelconque, au fur et à mesure qu'elle sortira du vagin ; et l'accoucheur, assis entre les genoux de la femme, tient et dirige lui-même la canule, pour que le jet du liquide atteigne bien directement le museau de tanche. Peut-être avec un petit spéculum plein arriverait-il mieux au but... Quoi qu'il en soit, on fait durer chaque douche de 10 à 15 minutes, et on en administre de 3 à 4

(1) Stoltz, comme Kilian avait déjà fait, a employé une *pompe à main* dite *de jardin*, avec laquelle on peut à volonté augmenter ou diminuer la force d'impulsion du liquide.

par jour. Or, en moyenne, il faut 10 douches

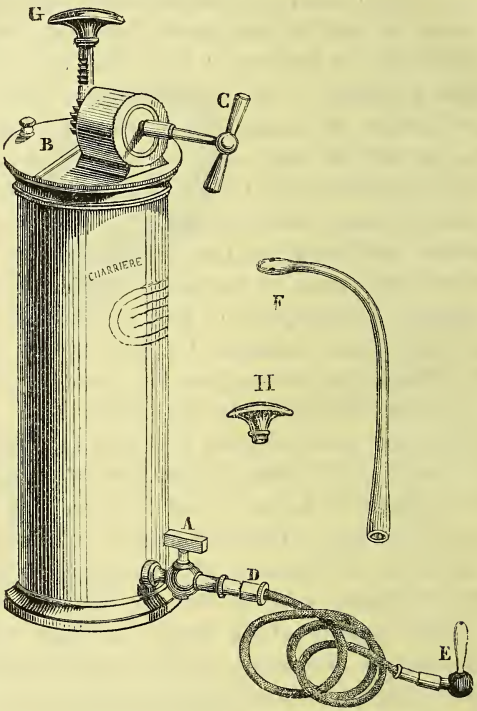


Fig. 162. — Irrigateur Éguisier.

A, robinet que l'on ouvre pour donner passage au liquide; B, couvercle qui s'ouvre pour remplir l'irrigateur; C, clef qu'il faut tourner pour soulever la crémaillère et monter l'irrigateur; D, tube en caoutchouc sur lequel on visse la canule; E, canule pour injection intestinale; F, canule de femme pour injection vaginale, que l'on adapte en E; G, piston à crémaillère, qui se soulève en tournant la clef C, et qui s'abaisse pendant l'injection; H, pomme que l'on visse en G sur la crémaillère pour qu'on puisse appuyer dessus et augmenter la pression.

pour arriver au résultat désiré, c'est-à-dire à un commencement réel du travail, — ce qui demande, par conséquent, *de 3 à 4 jours :* dans certains cas, il n'a fallu que 48 heures ; mais, d'autres fois aussi, il n'a pas fallu moins de 7 jours.

On s'est engoué de cette méthode, il y a quelques années, parce qu'elle ne causait à la femme aucune douleur, qu'elle n'avait même pour elle rien de désagréable ; rien non plus qui pût nuire à son enfant ; qu'elle ramollissait et lubréfiait avantageusement le passage et qu'enfin elle arrivait souvent au but, puisque sur 100 cas, employées *seules*, ces douches réussissaient 74 fois. Mais, aujourd'hui, on n'a plus en elle la même confiance. On trouve qu'elle demande trop de temps et qu'en outre elle n'est pas assez efficace, qu'elle n'est bonne que pour amener le col à un premier degré de dilatation qui permette de recourir à une autre méthode plus expéditive et plus sûre, à la suivante, par exemple.

e) *Décollement des membranes.* — Si l'on s'en rapporte aux nombreux faits qui ont été publiés à l'appui, la méthode du *décollement des membranes* serait la meilleure de toutes.

Dans le double but de décoller une portion de l'œuf et d'exciter l'utérus à se contracter, Lehmann introduisait purement et simplement, à une profondeur de 18 à 25 centimètres au delà du col, entre la paroi interne de la matrice et les membranes de l'œuf, une bougie élastique de moyenne grosseur, qu'il retirait immédiatement après avoir

pénétré à la profondeur voulue. Or, dès 1852, il publiait 8 observations de succès par cette simple opération. Dans un cas, la bougie dut être introduite deux fois ; dans un autre, trois fois. La durée du travail fut de 1 à 5 jours ; et le résultat définitif, pour les mères et les enfants, des plus satisfaisants.

A. Krause agissait de même, mais avec cette différence qu'il laissait la bougie en place jusqu'à ce que l'effet fût obtenu.

Mais on se demanda si des injections d'eau tiède, poussées entre les membranes de l'œuf et l'utérus, jusqu'à ce que la femme eût la sensation d'un peu de distension, n'agiraient pas encore avec plus de douceur et de promptitude ; et Cohen, de Hambourg, réalisa cette proposition. Il injecta de l'eau de goudron, de préférence à de l'eau pure, et il vit, au bout d'un quart d'heure seulement, dans plusieurs circonstances, le travail débuter, pour marcher très-vite ensuite.

C'est ce procédé de Krause qu'adopte Schröder, comme étant le meilleur. « Il donne, dit le « professeur d'Erlangen, tout ce que l'on peut « raisonnablement désirer. Il est des plus sim- « ples, ne réclame aucun appareil compliqué, « puisqu'il se contente d'une sonde élastique « un peu grosse, armée de son mandrin, et « est d'une pratique facile. Il agit ensuite *sûre-* « *ment*, *relativement vite*, et *n'entraîne après lui* « *aucun dommage ni danger*. Et si, par hasard, « les douleurs qu'il doit éveiller étaient longues à

« se produire, il aurait un nouvel avantage, celui « de permettre, sans désemparer, puisque c'est « une sonde et non une algalie qui est en place, « l'injection d'une petite quantité d'eau tiède sim- « ple ou chargée d'un peu de goudron, à la façon « de Cohen. »

Conduite sur un doigt, sans mandrin si elle est roide ; avec mandrin, mais jusqu'au col seulement, si elle est molle, — la sonde est poussée ensuite entre l'utérus et les membranes qu'elle ne fait que décoller, jusqu'à une profondeur de 6 à 8 centimètres, et laissée à cette place sans y toucher. On la fixe là, d'une façon quelconque, si l'on craint de la voir revenir trop tôt. On a bien veillé, du reste, en l'introduisant, à ne pas déchirer les membranes. Cependant, s'il s'écoulait un peu d'eau, il n'y aurait pas de mal; il faut qu'il sorte beaucoup d'eau, pour que la dilatation du col en soit retardée.

Chez les multipares, dit Schröder, qui a souvent mis ce moyen en pratique, les douleurs se manifestent souvent immédiatement ; mais chez les primipares, il faut, pour cela, au moins quelques heures.

Enfin, pour décoller l'œuf plus facilement et plus sûrement encore, M. S. Tarnier a eu l'idée d'employer un instrument de son invention, qu'il appelle *dilatateur intra-utérin*, et avec lequel il provoque rapidement les contractions de l'utérus (1).

(1) Tarnier, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1862-1863, t. XXVIII, p. 86.

L'instrument consiste en un tube de caoutchouc vulcanisé, monté sur une tige métallique creuse ou canule, destinée à en faciliter, d'abord, l'introduction à travers le col jusqu'au-dessus de l'orifice interne, — puis, la dilatation au moyen d'une injection d'eau tiède (*fig.* 163, 164 et 165).

Le tube en caoutchouc (*fig.* 163 A) est dilatable à son extrémité seulement (de *a* en *b*); un fil très-fort, attaché à l'extrémité de ce tube (en *a*), s'engage ensuite dans des trous dont le conducteur B est percé, en suivant le chemin indiqué par les lettres *c c c*; en tirant sur le fil, on amène l'extrémité du tube à se coller sur l'extrémité de la canule; et, pour maintenir ces deux parties solidement réunies, on arrête le fil sur un petit cliquet (*fig.* 164 *a*) et quelques circulaires achèvent de fixer le tube sur sa gouttière.

Quand l'instrument est monté (*fig.* 164), il a le volume d'une sonde pour homme. On l'introduit dans l'utérus, et puis on y pousse une injection d'eau tiède qui donne à son extrémité dilatable la forme d'une boule (*fig.* 165); après quoi, le robinet étant fermé, pour empêcher le retour du liquide, le fil est détaché du cliquet et le conducteur retiré. La sphère de caoutchouc est laissée dans la matrice, jusqu'à son expulsion par l'effet du travail mis en train.

Plus tard, le professeur Pajot a imaginé, pour arriver au même but, un instrument presque semblable au précédent, mais bien moins compliqué (*fig.* 166); il est même de la plus extrême sim-

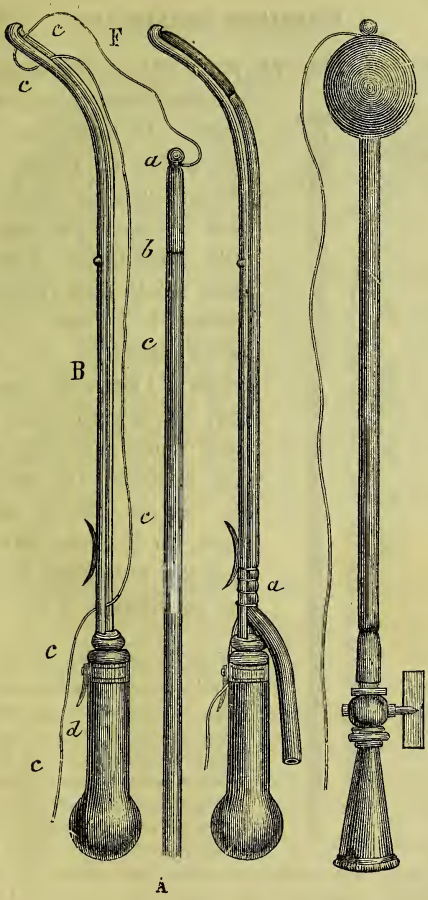


Fig. 163. Fig. 164. Fig. 165.
Dilatateur utérin de S. Tarnier (1).

(1) *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. I, art. Accouchement, p. 305.

plicité, et, rien que pour cette seule raison, nous lui donnerions volontiers la préférence. Et cependant il est susceptible du même reproche que celui de M. Tarnier : c'est de n'avoir pas son extrémité *ampullaire* d'un tissu assez solide pour résister plus sûrement à une distension même modérée. Si on ne donne à l'ampoule, par l'eau dont on la gonfle, que le volume d'une noix, elle est trop vite expulsée; on est obligé d'y revenir. Et si, au contraire, on la gonfle davantage, de façon seulement à lui donner le volume d'un œuf de

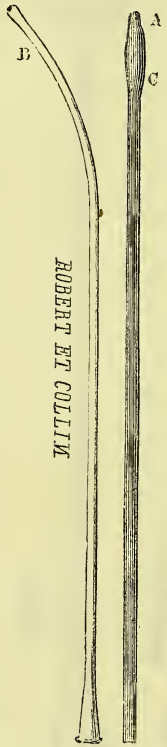


Fig. 166. — Instrument de Pajot pour la provocation de l'accouchement. Composé d'un tube en caoutchouc dont l'extrémité supérieure AC, à parois moins épaisses que le reste, est dilatable, et d'un mandrin courbe B. Quand on a conduit l'extrémité dilatable du tube jusqu'au delà de l'orifice interne de l'utérus, entre cet organe et l'œuf, on retire tout à fait le mandrin, pour adapter le bec d'une seringue à l'extrémité libre du tube; on y injecte de 1 à 2 cuillerées d'eau tiède, assez pour distendre l'ampoule, et dès qu'on suppose celle-ci suffisamment développée, on pince fortement le tube entre deux doigts au-dessus du bec de la seringue, et on l'étrangle là d'un fil solide.

On le voit, c'est l'instrument de S. Tarnier, seulement plus simple.

poule, elle crève souvent et oblige encore à recommencer. Nous avons vu ce petit accident se produire deux fois. Il est vrai que l'injection n'était peut-être pas faite avec assez de lenteur, ni dans une assez juste mesure, en rapport avec la capacité de l'ampoule étudiée d'avance.

Toutefois, cette nouvelle manière de *décoller les membranes* de l'œuf, dont l'honneur revient tout entier à M. Tarnier, n'en est pas moins bonne. Elle a été appliquée maintes fois déjà, non-seulement par l'inventeur, mais encore par MM. Danyau, Depaul, Pajot, Blot, etc., etc., et, presque toujours, elle a provoqué l'accouchement d'une manière rapide, soutenue, et sans donner lieu au moindre accident.

Appréciation. — Tels sont les divers moyens par lesquels on provoque le plus souvent et avec le moins de danger l'accouchement, entre le 7e et le 9e mois de la grossesse. Maintenant, auquel d'entre eux donner la préférence ? C'est difficile à dire ; la nature du cas qui se présente et les circonstances dans lesquelles on se trouve pouvant très-bien, à elles seules, faire préférer tel procédé à tel autre. — Quelquefois, sans qu'on ait pu s'en douter, parce qu'il n'y avait dans l'utérus que quelques petites contractions sourdes, le col s'est ramolli et un peu entr'ouvert. Alors, évidemment, il faudra peu de chose pour mettre le travail tout à fait en train, et il suffira souvent pour cela de frictionner le fond de la matrice, de titiller un peu forte-

ment son col et de faire prendre quelques légères doses de seigle ergoté. Tout au plus, aura-t-on besoin de détacher un peu l'œuf, avec l'extrémité du doigt ou d'une sonde, dans le pourtour de l'orifice utérin. — Ailleurs, au contraire, aucune disposition de l'utérus à se débarrasser n'existant, il faudra de toute nécessite recourir à un procédé radical, capable de faire naître des douleurs utérines franches, et par suite d'amener le col à se dilater. Alors, les circonstances où il se trouve décideront l'accoucheur à choisir son moyen parmi les méthodes exposées plus haut, et qui, redisons-le, sont toutes bonnes après tout.

Si rien ne presse, et que l'on puisse se procurer facilement les objets nécessaires, on emploiera les injections chaudes (méthode de Kiwisch), qui sont lentes à produire leur effet (souvent de 3 à 4 jours, et quelquefois plus), mais qui sont tout à fait inoffensives.

Si l'on a moins de temps à perdre, on fera choix du procédé de Meissner (ponction de l'œuf bien au-dessus de l'orifice utérin) qui demande générale-24 heures pour mettre l'accouchement en train ; ou du procédé de Kluge (cône d'éponge préparée), qui ne demande guère moins de temps, à moins pourtant qu'on n'y joigne un tamponnement serré.

Mais quand on voudra aller vite, amener l'accouchement à se faire *en* 12 *ou* 15 *heures au plus*, il faudra recourir à la méthode de M. Tarnier, si l'on a sous la main son instrument ou celui de M. Pajot; — et encore mieux, puisque Schröder,

qui l'a déjà beaucoup expérimenté, le dit *si excellent*, au procédé de Krause, c'est-à-dire à l'introduction entre l'utérus et l'œuf d'une tige quelconque flexible et solide tout à la fois (comme le sont, par exemple, une sonde élastique armée de son mandrin, ou une simple baleine de parapluie), avec laquelle on ira *décoller les membranes*, ainsi que nous l'avons dit, et qu'on laissera ou non en place, selon l'étendue en circonférence qu'on aura donnée au décollement.

Du reste, il ne serait pas raisonnable de vouloir absolument atteindre le but par un seul et unique moyen : très-souvent, quand quelque danger pressant obligera à aller vite, il sera indiqué de faire suivre le moyen employé d'abord, par un autre qui complétera son action.

Mais, quel que soit le procédé mis en usage, du moment que les *douleurs* sont devenues régulières et bien franches, il n'y a plus qu'à abandonner le travail à la nature, à moins que quelque accident ne vienne nécessiter une intervention par la version ou le forceps. Quant aux suites de couches, elles sont absolument les mêmes que dans le cas d'accouchement spontané ; la femme n'a besoin d'aucun soin particulier.

Pour ce qui est de l'enfant, c'est différent. Comme il n'a pas son complet développement, il demande beaucoup de soins de tout genre, et surtout *à être parfaitement préservé du froid et à n'être pas forcé de nourriture.* (*Voir* ce qui a été dit *des soins à donner à l'enfant né faible.*)

Maintenant, comment arrivera-t-on à retirer de l'accouchement prématuré artificiel tous les avantrges qu'il peut donner ? — En mesurant de bonne heure, aussi exactement que possible, par les moyens indiqués ailleurs, le bassin des femmes enceintes contrefaites, et en se représentant, en regard des mesures obtenues, les diamètres de la tête du fœtus à ses divers âges.

On sait que la tête du fœtus a, d'une bosse pariétale à l'autre :

A 7 mois, de 6 cent. 1/2	à	7 centimètres.		
A 7 mois 1/2		7	—	1/2
A 8 mois		8	—	
A 8 mois 1/2		8	—	1/2
A 9 mois, de 9 cent....	à	9	—	1/2 (1).

(1) Il y a des enfants qui, sans qu'il y ait maladie, ont la tête trop grosse pour franchir facilement un bassin normal, à plus forte raison un bassin un peu rétréci. Mais, comment le savoir au juste? Math. Duncan a rêvé la possibilité d'arriver à la *crâniotomie intra-utérine;* il s'occupe sérieusement des moyens d'y parvenir (lire le 26e chapitre, très-curieux, de son livre sur le *Mécanisme de l'accouchement*, traduction du Dr P. Budin); y réussira-t-il? C'est bien douteux! En attendant, disons qu'à certains signes il est possible de soupçonner un volume exagéré de la tête du fœtus, avant même d'avoir pu la toucher de la main sur le ventre, ou du doigt dans le col, ou d'avoir pu la saisir entre les branches du forceps. Ainsi, il paraîtrait assez bien démontré par l'expérience (Veit, Gassner, Frankenhausen et Schröder lui-même) :

1° Que, généralement, les femmes lourdes et fortes ont des enfants lourds et forts ; à grosse tête, par suite ;

2° Que les enfants d'une femme sont d'autant plus gros qu'elle a eu déjà antérieurement plus d'enfants;

3° Comme complément de la proposition précédente, que

Or, il est facile, avec cela, de résoudre le problème suivant : *Un rétrécissement du bassin étant donné, à quelle époque convient-il de provoquer l'accouchement prématuré?* — tout en n'oubliant pas, toutefois, que le plus tard sera le mieux dans l'intérêt de l'enfant, qui est d'autant plus viable nécessairement, quoi qu'en puissent dire les bonnes femmes, qu'il est plus près du terme; — que, dans le cas de grossesse gémellaire, les fœtus étant plus petits chacun qu'un fœtus unique, on peut attendre plus longtemps; — que la tête, au 7e et même au 8e mois, est réellement réductible de plus de 1 centimètre, par les seules contractions de l'utérus; — et, enfin, que si l'on sait l'enfant mort, il n'y a plus à entreprendre l'accouchement prématuré artificiel, mais bien à attendre le développement d'un travail spontané, pour en venir alors à la *céphalotripsie* sans hésitation; car

plus la mère est âgée, approchant de la quarantaine, plus son enfant sera de forte taille, gros de partout;

4° Que, naturellement, la taille et la force des ascendants de la femme doivent être prises sérieusement en considération.

Et il découlerait de là, par conséquent, que quand la femme sera jeune, pas trop forte et primipare, on ne devra pas supposer très-gros l'enfant qu'elle porte; tandis qu'on supposera le contraire quand la femme sera grande et grosse, issue de parents grands et gros eux-mêmes; qu'elle sera âgée et qu'elle aura eu déjà plusieurs enfants.

Il faudra, du reste, ne pas oublier de s'enquérir de ce qui a été remarqué dans les accouchements antérieurs; si les enfants avaient une grosse tête et s'ils sont venus au monde facilement ou non.

le but de l'accouchement prématuré artificiel n'est pas autre que celui-ci : *Faire naître un enfant vivant, et épargner en même temps à la mère, pour plus tard, une opération dangereuse.*

Il est des faits qui prouvent qu'une présentation vicieuse, de l'épaule par exemple, n'est pas une contre-indication à l'accouchement prématuré artificiel, si toutefois le bassin permet l'introduction de la main pour la version, une fois le col amené à un degré de dilatation suffisante. M. Blot, en particulier, a fait deux fois la version, avec succès pour l'enfant et pour la mère, dans des cas de ce genre. Il y a plus, remarque cet habile accoucheur, la présentation de l'épaule est peut-être ici une condition favorable ; car, si la tête se présente, on doit en principe essayer du forceps une fois, deux fois, trois fois même, avant d'en venir à la version, et alors celle-ci n'a généralement que de fâcheux résultats. Au lieu de cela, si c'est l'épaule qui se présente, on n'a pas à hésiter sur le genre de manœuvre à mettre en pratique ; on sait que c'est à la version qu'il faut recourir dès que la dilatation du col est suffisante ; on la fait, et l'enfant et les parties maternelles n'ayant éprouvé antérieurement aucune violence, il y a de nombreuses chances pour que le succès soit ce qu'il serait dans le cas de conformation normale.

Avortement provoqué.

Mais il est des cas où le rétrécissement du bassin est tel qu'il n'est plus possible de songer à l'accouchement prématuré, et où il faudrait avoir recours, si l'on était prévenu à temps, à l'*avortement provoqué*, — toujours dans le but d'épargner, pour plus tard, à la femme, les dangers d'une céphalotripsie ou d'une embryotomie difficiles, ou peut-être même ceux de l'opération césarienne.

Ce ne serait pas seulement, du reste, un rétrécissement au-dessous de 6 centimètres qui indiquerait la nécessité de l'avortement artificiel; mais encore : 1° une tumeur volumineuse, immobile et non opérable, siégeant dans l'excavation ; 2° une hydropisie excessive de l'amnios; 3° une rétroversion irréductible de la matrice ; 4° une hémorrhagie résistant aux moyens les plus rationnels ; 5° des vomissements incoërcibles.

Quant aux contre-indications, il n'y en aurait qu'une seule, le refus formel de la femme.

La nécessité de l'avortement reconnue, si la femme consent, il ne resterait plus qu'à préciser l'époque où il convient le mieux d'opérer et à choisir le meilleur procédé opératoire.

Pour l'*époque*, dans le cas de vice de conformation ou de tumeur intra-pelvienne, on la déterminerait d'après le degré et la nature du rétrécissement et d'après le volume présumé de la tête de l'enfant. Nous disons la nature du rétrécissement,

parce que, si le rétrécissement était reconnu *ostéomalacique* et non rachitique, les os présentant une certaine flexibilité, on pourrait remplacer l'indication de l'avortement par celle de l'accouchement prématuré, ce qui serait bien différent.

Dans les autres cas, on se baserait uniquement, pour fixer l'époque de l'avortement, sur l'état de la femme, sur le danger plus ou moins immédiat qui la menace.

Quant au procédé *opératoire*, — laissant de côté les méthodes de Kluge et de Kiwisch, qui ne se montrent efficaces que lorsque l'utérus a un assez grand développement, nous conseillerions d'avoir recours au procédé du professeur Pajot, qui, à l'aide d'une sonde élastique armée de son mandrin, va décoller circulairement l'œuf, dans toute sa moitié inférieure, mais *sans le déchirer, autant que possible*. « C'est là, dit M. Pajot, un des moyens les plus sûrs et en même temps les plus innocents de provoquer l'avortement ; il ne fait éprouver, dans le moment, aucune sensation pénible à la femme ; et, pour plus tard, il ne l'expose à aucun danger sérieux. »

Le procédé d'Hamilton, très en vogue aussi, n'est pas autre que celui du professeur Pajot; seulement, au lieu de se servir d'une sonde, c'est avec le doigt, quand il le peut, qu'Hamilton, après avoir pénétré de force dans le col, détache circulairement l'œuf du segment inférieur de l'utérus.

Et le procédé que Schröder préconise exclusivement, et qui est aussi très en vogue, ne diffère

des précédents qu'en ce que, avec la sonde introduite dans la matrice, il n'y aurait pas à se préoccuper d'éviter de crever l'œuf; qu'il y a avantage, au contraire, à ponctionner les membranes pour que le liquide amniotique s'échappe. — Le savant traducteur de Schröder en est aussi pour la perforation des membranes, mais pratiquée de suite, tout franchement. « Il est vrai, dit-il, que ce dernier procédé est un peu plus dangereux pour la mère que les autres, s'il est pratiqué par une main maladroite; mais c'est le plus sûr et le plus certain de tous; et comme, dans les cas dont il s'agit, il faut avant tout déterminer des contractions utérines, et que c'est le seul moyen qui mène sûrement à ce but, il ne faut pas hésiter à y recourir. »

Il n'y a nul avantage bien marqué à se servir d'un de ces procédés plutôt que d'un autre; ils sont tous bons. Cependant, nous le répétons, le cas échéant, c'est celui de notre savant maître, le professeur Pajot, que nous emploierions de préférence, parce que, en laissant à l'œuf tout son volume, il doit retarder un peu le travail expulsif et, partant, mettre plus sûrement à l'abri d'une rétention prolongée du placenta.

APPENDICE

EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ ET DES ANESTHÉSIQUES DANS LES ACCOUCHEMENTS.

A. — Emploi du seigle ergoté.

C'est un médicament qui a positivement la propriété d'accroître les contractions utérines qui sont faibles, et de réveiller celles qui, après avoir existé, se sont éteintes par une cause quelconque. Mais il n'est pas aussi bien démontré qu'il puisse déterminer les contractions *d'emblée*, quand l'utérus n'a pas encore commencé à se contracter. Cependant, P. Dubois et Chailly disent l'avoir observé quelquefois.

Quoi qu'il en soit, quand il est donné pendant le travail, le seigle ergorté agit promptement, s'il est toutefois de bonne qualité (1). 10 à 15 minutes au plus après qu'il a été administré, les contrac-

(1) L'ergot paraissant perdre très-vite ses propriétés dès qu'il est pulvérisé, il serait bon que tout accoucheur, se rendant auprès d'une femme en mal d'enfant, emportât avec lui de l'ergot en grains qu'il pulvériserait lui-même, s'il avait à s'en servir.

tions utérines, qui étaient faibles et rares, deviennent fréquentes et énergiques; elles arrivent même bientôt à être permanentes. Le globe utérin n'a plus alors d'alternatives de contraction et de repos; il reste dur, contracté sans relâche, et est enfin pris d'une sorte d'état tétanique, que la femme distingue parfaitement des contractions ordinaires, et qu'elle supporte impatiemment.

En France, on ne donne guère le seigle ergoté que sous la forme de poudre que l'on délaye, au moment de l'administrer, dans un peu d'eau sucrée ; et la dose ordinaire est de 1 gramme et demi à 2 grammes en 3 ou 4 paquets, que l'on fait prendre de 10 en 10 minutes.

L'action du médicament, ainsi administré, dure à peine *une heure ;* après cela, pour réveiller de nouveau la matrice, il faudrait une nouvelle dose. Mais cette nouvelle dose est rarement donnée, parce qu'on a remarqué que la contraction permanente de l'utérus tue promptement le fœtus, et qu'après trois quarts d'heure, celui-ci est mis en grand danger, rien que par cette seule cause ; si bien qu'il faut se hâter de l'extraire par le forceps, si, au bout de ce laps de temps, le seigle n'a pas suffi à l'expulser.

Indications.

L'ergot de seigle est indiqué : 1° Quand, pendant le travail, le col étant dilaté, les membranes rompues et la position du fœtus favorable (sommet

ou pelvis), on voit l'utérus cesser de se contracter et tomber dans l'inertie;

2° Quand, après l'accouchement terminé et la délivrance faite, la matrice ne se rétracte pas, reste inerte encore, et est le siége d'une hémorrhagie inquiétante ;

3° Quand, plusieurs jours après l'accouchement, il survient une hémorrhagie par inertie utérine consécutive ;

4° Quand, enfin, pendant ou après un avortement, il y a hémorrhagie abondante et expulsion tardive du placenta.

Contre-indications.

Le seigle ergoté est contre-indiqué, en général, *par tout obstacle évident à une terminaison rapide de l'accouchement.* Nous l'avons déjà dit, la permanence des contractions que détermine ce remède expose l'enfant à périr d'asphyxie, soit qu'il y ait compression du cordon, soit qu'il y ait seulement trouble dans la circulation utéro-placentaire.

Par conséquent, il faut s'abstenir de donner de l'ergot de seigle :

1° Quand le bassin est rétréci ou la tête du fœtus très-grosse;

2° Quand la position est inconnue, ou mal connue, et, à plus forte raison, mauvaise (face ou épaule);

3° Quand il y a un obstacle sérieux, soit à l'ori-

fice utérin, soit dans le vagin, soit à la vulve ou au périnée;

4° Quand le col n'est pas encore dilaté ;

5° Quand les membranes, le col fût-il dilaté, ne sont pas rompues.

Si la tête reste *plus d'une heure* sur le plancher du bassin sans faire de progrès, après en être arrivée, cependant, à entr'ouvrir un peu la vulve au moment des douleurs, on peut être sûr que la matrice épuisée n'est pas loin de l'état d'inertie. Il ne faut donc pas se livrer plus longtemps à l'expectation. — Mais est-ce donc bien au seigle ergoté qu'il faut alors avoir recours ? Non ; c'est au forceps, qui est là d'une application très-facile ;— qui demande moins de temps qu'il n'en faut aux premières doses du seigle pour commencer à agir ; — et qui prend, mieux que ce stimulant spécial de la fibre utérine, les intérêts de l'enfant et du périnée. Si l'on a le moindre soupçon que l'utérus arrive à l'épuisement, on peut bien donner du seigle avant d'appliquer le forceps ; mais on ne le donne alors qu'en vue de prévenir l'inertie consécutive et l'hémorrhagie si grave qui accompagne d'habitude cette inertie.

Le seigle ergoté menace trop le périnée, pour qu'on s'empresse de le donner aux primipares. Ce n'est que dans le cas de vulve déjà faite à une grande distension par des accouchements antérieurs, qu'on peut se permettre de le prescrire, — comme *expulseur* bien entendu, — quand la tête met trop de lenteur à traverser l'excavation.

En résumé, l'ergot de seigle est un médicament qui rend de très-grands services contre les hémorrhagies par inertie, mais qui n'est pas à beaucoup près aussi utile comme moyen d'expulsion du fœtus.

Il a, dans ce dernier cas, plus d'inconvénients que d'avantages; et il est à regretter qu'on ne puisse pas empêcher les sages-femmes d'en faire aussi fréquemment usage. Car, les accoucheurs le constatent chaque jour, ce sont elles qui, par une application intempestive et inintelligente du seigle, créent presque tous les cas d'engagement profond de l'épaule avec contractions tétaniques de la matrice, et, par suite, la nécessité d'en venir à l'embryotomie pour sauver la femme (1).

(1) MM. Monteverdi, Burdel et du Boué (Voir *Annales de gynécologie*, t. 1, p. 295) affirment que le sulfate de quinine donné à dose de 0,50 à 1 gramme, en peu de temps (0,50 à la fois), réveille rapidement, au bout de 20 à 25 minutes, les contractions utérines engourdies, presque comme le ferait le seigle ergoté, seulement *sans dépasser la mesure*, ainsi que le fait celui-ci parfois, et, par conséquent, sans compromettre jamais la vie de l'enfant; — parce que les contractions amenées par la quinine sont toujours *intermittentes*, au lieu d'être, comme celles que produit le seigle, *tétaniques* et *permanentes*. C'est à l'expérience à venir confirmer, si elle est vraie, cette action ecbolique de la quinine.

Il n'en est pas de même de l'action de l'électricité sur les fibres musculaires de l'utérus une fois que leur contractilité est en jeu. M. de Saint-Germain d'abord (*Voir* l'article ÉLECTRICITÉ du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XII, p. 556), puis M. Tripier (Voir la *Tribune médicale*, année 1873), ont, après de nombreuses

B. Emploi du chloroforme.

Il est parfaitement démontré aujourd'hui :

1° Que la sensibilité de l'utérus en travail s'efface complétement, comme toute sensibilité, sous l'influence de vapeurs anesthésiques ;

2° Que la contractilité de l'organe résiste, au contraire, à ces inhalations, pourvu que leur action soit maintenue dans de justes limites;

3° Que la contractilité des muscles abdominaux, qui ne sont autre chose (Longet) que de grands muscles intercostaux, résiste aussi aux vapeurs anesthésiques, comme celle de tous les muscles respirateurs, tant que l'anesthésie n'est pas poussée jusqu'à la période dite *organique* par M. Bouisson (1).

expériences faites avec soin, établi que la *faradisation* était un moyen de précipiter l'accouchement aussi bien et même mieux qu'avec le seigle ergoté, sans exposer le fœtus aux accidents qui sont fréquemment la conséquence de l'emploi de ce médicament.

Le mode d'application de la faradisation, dans ce cas, consisterait à placer l'excitateur *positif* sur la région lombaire et le *négatif* immédiatement au-dessus des pubis.

Mais, en supposant que le moyen soit réellement efficace et sans danger aucun, ni pour la mère, ni pour l'enfant, y aura-t-il beaucoup d'accoucheurs consentant à adjoindre une machine électrique, tant portative soit-elle, à leur bagage obstétrical, déjà assez embarrassant?...

(1) Bouisson, *Traité de la méthode anesthésique*. Paris, 1850.

Indications.

La femme, au moment, d'accoucher, peut donc d'après ce qui vient d'être dit, être soustraite à la douleur et privée de mouvements volontaires, tout en gardant son utérus et ses muscles abdominaux contractiles, pourvu toutefois que les inhalations ne soient pas poussées plus loin qu'il ne faut. Et cependant en France, contrairement à ce qui se pratique en Angleterre et en Écosse, on répugne beaucoup à se servir du chloroforme dans les accouchements ordinaires, le réservant uniquement pour les cas difficiles où l'on prévoit de grandes douleurs qui pourraient plonger la femme dans une véritable sidération nerveuse, et pour ceux où, la femme ayant déjà beaucoup souffert, il va falloir encore lui faire subir une opération très-douloureuse.

C'est dire que le chloroforme (car c'est toujours à peu près le seul anesthésique employé) sera particulièrement utile :

Chez les femmes très-nerveuses, redoutant beaucoup la douleur et se livrant facilement à des mouvements inconsidérés ;

Chez les femmes prises d'éclampsie ;

Chez les femmes dont le travail est entravé par une autre douleur très-vive (soit crampes, soit coliques intestinales, soit rhumatisme utérin, etc.) ;

Et, surtout, chez les femmes qui vont subir une

opération obstétricale. C'est là que le chloroforme se montre avec tous ses avantages : car, non-seulement il annule la douleur si vive produite par les opérations manuelles ou instrumentales, et met la femme à l'abri des craintes que ces opérations inspirent toujours, même aux plus courageuses ; mais encore il la plonge dans une immobilité qui rend à l'accoucheur ses manœuvres bien plus faciles et plus sûres. Ajoutons, enfin, que les vapeurs anesthésiques semblent gêner le développement des accidents consécutifs, sans doute par cela seul qu'elles ont épargné à la femme des douleurs prolongées et souvent, en outre, d'une violence extrême. (P. Dubois.)

Quant au mode d'administration du chloroforme, il faut, s'il s'agit d'une opération de très-peu de durée, endormir la femme complétement ; c'est-à-dire pousser l'anesthésie jusqu'à la période dite *de tolérance* par Chassaignac. Mais, lorsque cette opération, comme certaines embryotomies, doit durer plus d'une demi-heure, il ne faut qu'enlever à la femme la conscience nette de son état et la rendre immobile. Dans ce cas, on approche du nez l'éponge ou le cornet d'une façon *intermittente*, et l'on peut ainsi prolonger les inhalations, pendant plusieurs heures au besoin, sans aucun danger. La femme qu'on *chloroformise* doit, du reste, être tenue couchée et au milieu du silence le plus absolu.

L'*hydrate de chloral* a commencé dès 1875, à être employé dans le même but que le chloroforme

Mais ici ce ne sont plus des vapeurs que l'on fait inhaler, c'est une potion que l'on fait avaler, à doses un peu fortes et rapprochées. Le Dr Chouppe, qui l'a le plus expérimenté, et, après cela, le plus vanté, fait préparer un sirop de groseille chargé de chloral au 20e et l'administre par cuillerées à potage de quart d'heure en quart d'heure, jusqu'à ce que la parturiente ait ingéré ainsi de 4 à 6 grammes de chloral, quantité en général suffisante pour amener l'anesthésie, et une anesthésie plus durable, dit-on, que celle produite par le chloroforme.

Quand on n'aura pas de chloroforme ou quand la femme en aura peur, le chloral sera donc une ressource précieuse.

Et, à défaut de chloroforme et de chloral, on aura encore, dans les injections hypodermiques à la morphine, un moyen précieux d'éteindre ou au moins d'affaiblir la sensibilité.

Winkel et Schroëder se montrent grands partisans des anesthésiques dans les accouchements normaux physiologiques; et le Dr Campbell également, pourvu toutefois qu'on n'arrive pas à une narcose complète, qu'on n'enlève pas à la parturiente la conscience d'elle-même, qu'on ne fasse que diminuer, chez elle, l'intensité des douleurs. Et ils s'appuient sur ce principe général, que diminuer les souffrances chez ses malades est, pour le médecin, un des plus stricts devoirs.

Mais M. le Dr Polaillon, en cela de l'avis de M. Pajot et de bien d'autres, ne conseille pas les anesthésiques, le chloroforme particulièrement,

dans les accouchements normaux, parce que s'ils diminuent la douleur, ils diminuent aussi assez souvent, quoi qu'on en ait dit, la force de contraction des fibres utérines et peuvent rendre nécessaire une intervention chirurgicale dont on se serait passé sans eux : qu'il faudrait donc les réserver pour les cas où l'excitabilité excessive du muscle utérin a besoin d'être amoindrie, et mieux encore pour les cas où l'on a à faire subir à la femme une opération douloureuse, soit version, soit application du forceps, soit céphalotripsie, soit embryotomie surtout.

Contre-indications.

Les seules contre-indications à l'emploi des anesthésiques sont ici, comme ailleurs, du reste :

L'existence d'une affection grave du cœur ou des poumons;

La disposition aux congestions cérébrales, par ramollissement du cerveau particulièrement ;

Et un état chloro-anémique prononcé, avec tendance aux lipothymies.

Dans toutes ces circonstances, dit M. Trousseau (1), il y a disposition marquée à la syncope, et l'on pourrait craindre que, si cette syncope survenait sous l'action du chloroforme, elle ne fût mortelle, par suite de la sidération dont serait

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 5e édition, Paris, 1877.

frappé l'organe principal de la circulation. Il est donc bien important de se rappeler que *toute disposition à la syncope est une contre-indication formelle à l'emploi des inhalations anesthésiques.*

Mais enfin il pourrait se faire que, malgré toutes les précautions prises, le chloroforme mît la femme en grand danger, soit par *asphyxie* (Ed. Robin, Ozanam et L. Le Fort), soit par *syncope* (Perrin, Ludger-Lallemand, Longet et Flourens). Eh bien, en pareille circonstance, que devrait faire l'accoucheur pour empêcher la mort réelle d'arriver ? Il placerait tout d'abord la tête de sa malade dans une position déclive, plus basse que le reste du corps, ce qui est, selon Stanski et Nélaton, le meilleur et le plus urgent des moyens ; il ferait ouvrir les fenêtres de l'appartement, ventilerait vivement la figure de l'asphyxiée, lui passerait un flacon d'ammoniaque sous le nez, et, mieux encore, lui plongerait deux doigts profondément dans la gorge, jusqu'à l'entrée du larynx et de l'œsophage (moyen de M. Escalier), ou lui pratiquerait, ce qui serait encore plus efficace, une véritable insufflation pulmonaire, avec le tube laryngien que nous lui avons recommandé d'avoir toujours dans sa trousse.

FIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ACCIDENTS

QUI EXIGENT UNE PROMPTE DÉTERMINATION DE LA PART DU MÉDECIN-ACCOUCHEUR.

A. — *Pendant la grossesse.*

Avortement en train de se faire 138
Congestion de l'utérus (pléthore locale)..... 97
Convulsions éclamptiques (éclampsie)..... 110
Dyspnée extrême..... 94
Hémorrhagie par *Placenta prævia*..... 143
— Consécutive à l'avortement..... 143
Rétroversion brusque de l'utérus gravide.... 122
Rhumatisme utérin..... 110
Vomissements répétés, incoërcibles 89

B. — *Pendant le travail.*

Contractions irrégulières de la matrice..... 312
Contracture spasmodique du col 315
Cordon procident..... 426
Eclampsie (convulsions). 450
Excès d'énergie de l'utérus 423
Hémorrhagie par décollement prématuré du placenta..... 431
Imperforation reconnue du col utérin..... 367
Inertie utérine primitive. 308
Inextensibilité de la vulve 372
Insertion du placenta sur le col..... 431
Méconium (Échappement prématuré du). 250 et 437
Périnée menacé de rupture..... 241

Positions anormales du fœtus :

— Face menton en arrière, au détroit inférieur..... 354
— Siége engagé irrégulièrement au détroit supérieur..... 356

— Sommet trop incliné au détroit supérieur.. 350
— Sommet occiput en arrière dans l'excavation..... 350
— Sommet occiput sur le côté au détroit inférieur..... 353
Présentation inopinée du tronc..... 361
Procidence d'un bras à côté de la face..... 362
— Des deux bras à côté de la face..... 365
— D'un bras à côté du sommet..... 362
— Des deux bras à côté du sommet..... 365
— D'un pied à côté de la face ou du sommet. 366
Rétrécissements du bassin (variétés)..... 379
— Indications selon le degré..... 407
Tête fœtale reconnue trop grosse (hydrocéphalie)..... 343
— Trop mobile au-dessus du détroit supérieur.. 240
Tumeurs du col utérin.. 375
— Du vagin..... 377
— De la vessie..... 378
— De la vulve..... 378
— Des parois de l'excavation pelvienne..... 420
Utérus oblique à l'excès. 320
— Se rupturant subitement..... 341
Vagin se rupturant subitement..... 341

C. — *Après le travail achevé.*

Asphyxie du nouveau-né. 259
Hémorrhagie par inertie utérine consécutive... 293
Introversion de l'utérus. 444
Périnée (déchirure du). 445
Placenta (adhérent).... 286
— (Enchatonné)..... 290

TABLE DES MATIÈRES.

Dédicace à M. le professeur Pajot..... V
PRÉFACE VII

PROLÉGOMÈNES.

Des organes de la femme qui concourent à la parturition de l'œuf humain.

Du bassin à l'état sec..... 1
Changements apportés dans l'excavation par les parties molles..... 5
Ampliation presque nulle du bassin par le jeu des symphyses 9
Les petites femmes ont-elles le bassin proportionnellement plus large que les grandes?..... 10
Usages du grand bassin..... 11
De l'utérus : sa texture et ses propriétés vitales. 13
Du vagin..... 16
De la vulve..... 18
De l'œuf humain : ses principales transformations, s'il est fécondé..... 19
Membranes de l'œuf; placenta et cordon ombilical. 24
Fœtus à terme; dimensions, poids, diamètre de la tête; et attitude dans la matrice..... 32

PREMIÈRE PARTIE.

De la grossesse.

Grossesse normale et simple..... 43
Tableau des signes de probabilité et de certitude.. 43
Valeur de chacun de ces signes..... 52

Manière de pratiquer le toucher vaginal et de rechercher le ballottement 62
Manière de pratiquer le palper abdominal..... 66
Manière de pratiquer l'auscultation obstétricale.... 68
Grossesse normale et composée..... 69
Grossesse anormale ou extra-utérine..... 74
Fausse grossesse..... 77
Hygiène de la femme enceinte..... 81
Pathologie de la grossesse..... 87
1° Lésions de la digestion..... 87
Anorexie..... 87
Pica..... 88
Gastralgie..... 88
Vomissements..... 89
Constipation..... 93
Diarrhée..... 93
2° Lésions de la respiration..... 94
Dyspnée..... 94
3° Lésions de la circulation..... 94
Pléthore vraie et pléthore fausse ou hydrémie... 94
Pléthore locale de l'utérus..... 97
Varices, hémorrhoïdes et œdème..... 98
Excroissances aux parties génitales..... 99
4° Lésions des sécrétions et excrétions..... 100
Ptyalisme..... 100
Gengivite..... 100
Albuminurie et urémie..... 101
Leucorrhée..... 102
Hydropisie de l'amnios..... 103
Hydrorrhée..... 105
5° Lésions de la locomotion..... 106
Relâchement et inflammation des symphyses pelviennes..... 106
6° Lésions de l'innervation..... 107
Dérangement des facultés sensoriales, affectives et intellectuelles..... 107
Prurits vulvaires..... 108
Douleurs utérines, rhumatisme utérin..... 110

Vertiges, éblouissements, syncopes..... 110
Eclampsie ou convulsions puerpérales..... 110
7° Déplacements de l'utérus considérés sous le rapport des accidents qu'ils peuvent produire pendant la grossesse..... 121
Descente, chute de matrice..... 121
Rétroversion de l'utérus..... 122
Rétroflexion..... 125
8° Lésions des rapports de l'œuf avec l'utérus..... 126
Hémorrhagie utérine pendant la grossesse et avortement..... 126
1° Hémorrhagie *externe*, visible. Ses causes, ses symptômes, son diagnostic, son pronostic, son traitement..... 126
Manière de pratiquer le tamponnement vaginal... 144
Manière d'extraire le placenta retenu après l'avortement..... 148
2° Hémorrhagie *interne* ou cachée..... 151

DEUXIÈME PARTIE.

De l'accouchement naturel ou spontané.

Classification des présentations et positions..... 153
Rapports du fœtus avec les parois abdominales de la mère dans chacune des positions principales.. 158
Diagnostic des présentations et positions..... 162
Du sommet..... 163
De la face..... 166
Du siége..... 167
Du tronc..... 169
Mécanisme de l'accouchement spontané..... 174
A. Accouchement par le sommet..... 181
B. — par la face..... 196
C. — par le siége..... 203
D. — par le tronc..... 210
Mécanisme de l'accouchement gémellaire..... 218

Conduite de l'accoucheur auprès d'une femme en travail..... 220
Instruments qui lui sont indispensables..... 220
A quoi l'on reconnaît que la femme est réellement à terme..... 223
A quoi l'on reconnaît qu'elle est réellement en travail..... 224
Manière d'installer le lit de misère..... 229
Ce qu'il faut avoir tout prêt pour ranimer l'enfant en cas de besoin..... 231
Ce qu'il faut avoir tout prêt pour lier et panser son cordon..... 231
Manière de crever la poche des eaux, si c'est nécessaire..... 239
Manière de soutenir le périnée menacé de déchirure. 241
Conduite quand c'est la face qui se présente..... 248
Conduite quand c'est le pelvis..... 248
Hygiène de la femme en travail..... 252
Soins à donner au nouveau-né..... 253
1° L'enfant naît bien portant..... 253
2° L'enfant naît asphyxié..... 259
3° L'enfant naît seulement faible..... 268
Conduite de l'accoucheur après le travail dans les cas simples..... 269
Conduite de l'accoucheur pendant et après le travail dans le cas de grossesse gémellaire..... 283
Conduite de l'accoucheur dans le cas d'accidents après le travail..... 286
Adhérence du placenta..... 286
Enchatonnement du placenta..... 290
Inertie utérine consécutive. Traitement..... 293
Manière de pratiquer la transfusion sanguine..... 303

TROISIÈME PARTIE.

Des accouchements vicieux ou difficiles (dystocie).

Deux catégories d'accouchements vicieux..... 306

A. *Causes des accouchements vicieux de la première catégorie* 308
Inertie utérine primitive 308
Contractions irrégulières 312
Rigidité du col 313
Contracture du col 315
Résistance du périnée 317
Obliquité antérieure et extrême de l'utérus 320
Brièveté du cordon ombilical, naturelle ou accidentelle 321
Irrégularités de présentation de fœtus multiples et isolés 323
Adhérences de fœtus 330
Rupture de l'utérus 336
Rupture du vagin 341
Altérations ou maladies du fœtus qui peuvent s'opposer à l'accouchement spontané 343
Emphysème 343
Hydrocéphalie 343
Spina-bifida, avec hydrorachis 346
Ascite 347
Rétention d'urine 347
Développement anormal des reins 348
Distension de la vessie 348
Mauvaises présentations du fœtus 350
Position inclinée du sommet au détroit supérieur. 350
Position occipito-postérieure du sommet dans l'excavation 350
Position occipito-transversale au détroit inférieur. 353
Positions occipito-pubienne ou occipito-sacrée *directes*, avec arrêt au détroit supérieur 354
Position mento-postérieure de la face 354
Positions irrégulières du siége. Emploi du crochet mousse du forceps, pour tirer 356
Présentation inopinée du tronc 361
Présentation du sommet ou de la face, avec procidence d'un bras 362
Présentation du sommet ou de la face, avec procidence des deux bras à la fois 365

Présentation du sommet ou de la face, avec procidence d'un pied, des deux pieds, ou d'un pied et d'un bras..... 366
Vices de conformation et maladies de l'utérus, du vagin ou de la vulve..... 367
Imperforation du col (hystérotomie vaginale).... 367
Col induré par cicatrices et presque oblitéré..... 368
Vagin congénitalement trop étroit ou rétréci accidentellement par du tissu cicatriciel..... 370
Persistance de la membrane hymen..... 371
Etroitesse bornée à la vulve seule..... 372
Division de l'utérus et du vagin lui-même en deux compartiments latéraux..... 371
Corps fibreux, squirrhe, polypes, phlegmon, œdème et extravasation sanguine de l'utérus du vagin ou de la vulve..... 373
Maladies de la vessie..... 375
Vices de conformation du bassin avec rétrécissement..... 379
Diagnostic..... 380
Mensuration du bassin..... 395
Pronostic des rétrécissements..... 406
Indications..... 407
B. *Causes des accouchements vicieux de la seconde catégorie*..... 422
Ampleur excessive du bassin..... 422
Excès d'énergie de l'utérus..... 423
Thrombus de la vulve et du vagin..... 424
Procidence du cordon..... 425
Hémorrhagie par décollement prématuré du placenta..... 431
Renversement de l'utérus (introversion)..... 444
Déchirure du périnée..... 445
Eclampsie..... 450

QUATRIÈME PARTIE.

Des opérations obstétricales.

Versions..... 455
Version céphalique..... 456
Version podalique ou pelvienne..... 459
Soins préliminaires..... 465
Choix de la main la plus convenable..... 468
Règles de la version..... 470
1er temps. Introduction de la main..... 470
2e temps. Culbute du fœtus..... 477
3e temps. Extraction du fœtus..... 481
Manière de dégager les bras relevés..... 487
Manière de dégager la tête défléchie..... 492
Manière de dégager la tête restée en position occipito-postérieure..... 495
Manière de dégager la tête restée en travers dans l'excavation..... 495
Conduite de l'accoucheur s'il y a issue d'une main dans le vagin..... 497
— s'il y a tout un bras dehors..... 497
— s'il y a dans la matrice deux fœtus au lieu d'un. 498
Forceps..... 499
Cas qui indiquent l'emploi du forceps..... 504
Conditions indispensables pour son application... 506
Soins préliminaires..... 507
Règles de l'application du forceps..... 510
1er Temps. Introduction des branches du forceps... 510
2e Temps. Articulation des branches..... 519
3e Temps. Extraction du fœtus..... 521
Règles particulières..... 526
Si c'est la face qui se présente..... 527
Si c'est la base du crâne, le tronc du fœtus étant dehors..... 529

Si la tête est restée seule dans la cavité utérine, après décollation du fœtus (procédé Hatin)... 536
Nouveaux forceps Tarnier..... 541
Crâniotomie ou perforation du crâne..... 550
Céphalotripsie..... 560
Méthode ordinaire (broiement suivi d'extraction). 565
Méthode de M. Pajot (broiement répété sans extraction)..... 567
Méthode de Berlin (version podalique après le broiement de la tête)..... 571
Manière de fixer la tête restée seule (après décollation) au-dessus du détroit supérieur..... 573
Procédé de M. Pajot, dit *du bâtonnet*..... 574
Procédé de l'auteur..... 575
Crânioclastie..... 577
Embryotomie..... 579
Méthode de P. Dubois..... 579
Moyen proposé par M. Pajot..... 581
Procédé de Braun..... 583
Procédé de Pamard (évolution forcée)..... 587
Opération césarienne ou gastro-hystérotomie... 590
Opportunité..... 593
Soins préliminaires..... 597
Manière de faire l'opération..... 599
Soins consécutifs..... 607
Opération césarienne *post mortem*..... 607
Extraction du fœtus dans le cas de grossesse extra-utérine..... 610
Conduite de l'accoucheur si le kyste arrive à occuper la cavité même de l'utérus..... 610
Conduite de l'accoucheur si le kyste est tout à fait en dehors de l'utérus..... 611
Si le kyste est encore intact et l'enfant vivant... 612
Si le kyste est encore intact et l'enfant mort..... 612
Si le kyste est rompu et l'enfant vivant..... 613
Si le kyste est rompu et l'enfant mort..... 613
Symphyséotomie..... 614
Accouchement prématuré spontané..... 615

Accouchement prématuré artificiel..... 616
A. Forcé..... 617
B. Provoqué..... 618
Indications..... 618
Procédé par ponction de l'œuf..... 621
Procédé par dilatation du col..... 625
Procédé du tamponnement vaginal..... 628
Procédé des douches chaudes..... 630
Procédé par décollement des membranes..... 633
Appréciation..... 638
Avortement provoqué..... 644
Indications..... 644
Procédés opératoires..... 645

APPENDICE.

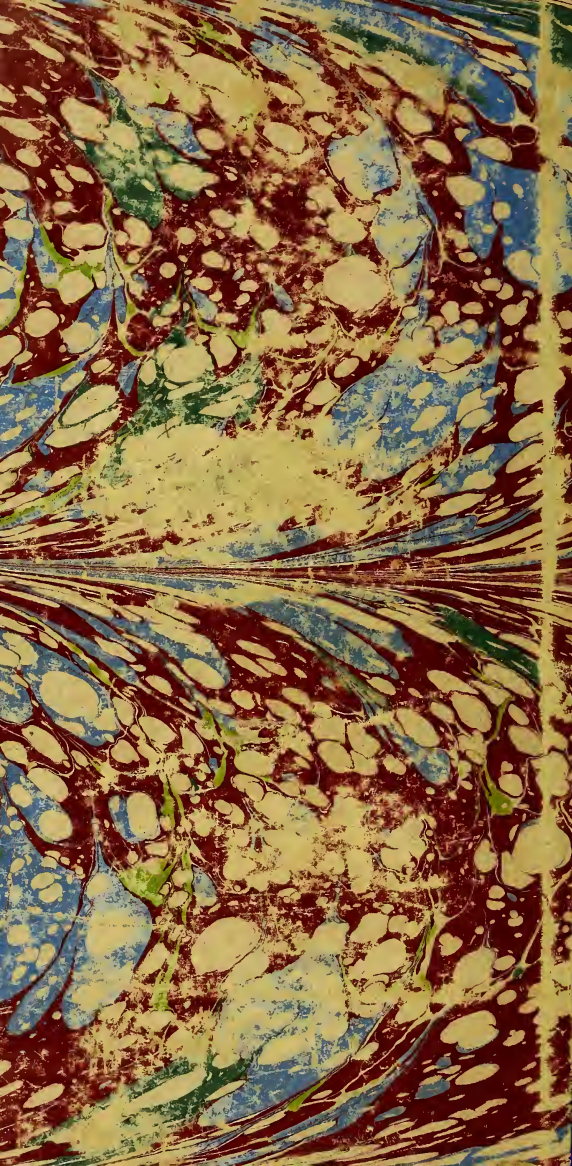
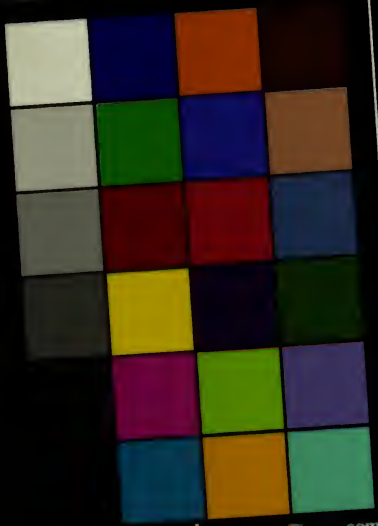
De l'emploi du seigle ergoté..... 647
Indications..... 648
Contre-indications..... 649
De la faradisation lombo-pubienne..... 651
De l'emploi des anesthésiques..... 652
Indications..... 653
Contre-indications..... 656
Traitement de l'*asphyxie* causée par les anesthesiques..... 657

Table alphabétique des accidents qui exigent une prompte détermination de la part de l'accoucheur. 659
Table des matières..... 661

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

WELLCOME LIBRARY

4f.



LEFT